

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**EL ABORTO COMO UN PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD  
EN EL MUNICIPIO DE ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO, EN  
EL AÑO 2006.**

**TESIS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
SOCIOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**MARTHA ELIA TUÑÓN REYES**

**ASESORA: DRA. MARÍA LUISA GONZÁLEZ MARÍN**

México, Distrito Federal.

Noviembre 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

A MI MADRE, por haber sido mi primera gran maestra de la vida.

A MI ESPOSO, quien en todo momento me impulsó para terminar mi carrera.

A MIS HIJOS: ARTURO, GUILLERMO, LEONEL Y ELENA, quienes con su ejemplo me han motivado a luchar por lo que quiero.

A MIS HERMANOS: ENRIQUE, LETICIA Y CRISTINA, por su cariño y apoyo incondicional.

A MIS NUERAS: ELIDETH Y ANGÉLICA, por su constante sed de superación.

A MIS NIETOS: FÁTIMA SOFÍA, JORGE EDUARDO y los que vendrán después, con la esperanza de sembrar en ellos la semilla de la curiosidad que es el camino que lleva a la investigación en donde nunca será demasiado tarde para aprender cuanto se desee.

A TODAS AQUELLAS MUJERES, que con su testimonio nos han permitido conocer una pequeña parte de este gran problema que es el aborto.

A TODAS AQUELLAS MUJERES, que aún en el silencio de la muerte esperan ser comprendidas por una sociedad hipócrita que las ha culpado implacablemente.

A LA DRA. MARÍA LUISA GONZÁLEZ MARÍN, por su inapreciable ayuda en la elaboración de esta investigación.

CON CARÍÑO MARTHA TUÑÓN.

## INDICE

Introducción	1
Capítulo I	
El problema social del aborto y sus antecedentes históricos.	10
A. Definición del aborto. Conceptos.	14
B. Definición del aborto. Características.	15
Capítulo II	
Factores que inciden en la decisión de abortar.	
A. Factores internos que influyen en la decisión de abortar.	21
B. Factores externos que influyen en la decisión de abortar.	24
Capítulo III	
Situación del aborto en el mundo.	28
A. Algunas consideraciones del aborto en el mundo.	29
B. Situación del aborto en América Latina.	33
C. El papel de las Iglesias frente al aborto.	39

## Capítulo IV

El aborto en la sociedad mexicana. La doble moral.	46
A. Legislación actual sobre el aborto en México.	47
B. El papel de la Iglesia católica.	52
C. Planificar para evitar el embarazo en adolescentes.	62
D. Las condiciones en que se aborta.	80
E. Consecuencias físicas y psicológicas de un aborto.	82
F. El aborto, un recurso para víctimas de violación sexual.	87
1. Entrevista con una mujer víctima de violación sexual.	99

## Capítulo V

### Situación del aborto en el Estado de México.

A. Legislación actual sobre el aborto en el Estado de México.	104
B. Derechos sexuales y reproductivos.	105
C. Características del aborto en el Estado de México.	108

## Capítulo VI

### Situación del aborto en el municipio de Ecatepec, Estado de México.

A. Características físicas y socioeconómicas del municipio de Ecatepec, Estado de México.	111
---	-----

B. ¿Existe en realidad la penalización del aborto en el Municipio de Ecatepec?	117
C. Encuestas de opinión pública sobre el aborto en el Municipio de Ecatepec.	119
D. El aborto. Perspectiva de las protagonistas.	128
Conclusiones.	134
Bibliografía.	139
Sitios de internet consultados.	145

## INTRODUCCIÓN

El aborto es sin duda un tema complicado, no sólo para quien ha tenido que recurrir a él, sino también para quien ha tenido que practicarlo. El aborto aún en pleno siglo XXI sigue siendo un tema tabú, la carga religiosa y moralista en un país mayoritariamente católico, no ha permitido que se trate este problema como lo que es, un problema social y de salud pública.

Al abordar el tema del aborto desde una perspectiva sociológica con una teoría feminista, pretendo describir, analizar y explicar las causas de este fenómeno social en el municipio de Ecatepec, no con la simple finalidad de hacer una descripción sino de encontrar propuestas que nos permitan dar soluciones a este problema.

Desde el punto de vista de las feministas (1); el aborto, el control de la natalidad y la salud reproductiva, forman parte de los derechos de las mujeres a una vida digna y sin discriminación. Abordar el derecho de las mujeres a realizarse un aborto cuando ellas así lo han decidido, es un asunto difícil de mostrar con la poca información que dan las instituciones de salud y las propias mujeres, quienes después de haber vivido una experiencia desagradable y dolorosa, criticada por la sociedad y señalada como delito en muchos estados, optan por guardar silencio. Esto lo observamos cuando realizamos las visitas a distintos hospitales de este municipio y cuando elaboramos las entrevistas a diferentes tipos de mujeres.

Vayamos por el principio, desde los pueblos más antiguos la práctica del aborto era común como forma de controlar el crecimiento de las poblaciones, entre los pueblos que lo realizaban están los egipcios y los romanos entre otros, sin embargo, no era considerado delito porque se pensaba que por encima de todo, estaban los derechos de la sociedad.

(1) LAMAS, Marta, La disputa por el aborto en América Latina. Revista Nexos No. 349/2007.

Algunas feministas señalan que considerar el derecho de abortar como delito, es una concesión del derecho civil a los principios del cristianismo, ya que entre sus planteamientos está el que dice que el cuerpo de la mujer no es de su propiedad (2). Las nuevas teorías sobre derechos humanos de las feministas desechan estos planteamientos y proponen la separación entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Existen diferencias entre estos dos derechos, por ejemplo entre los derechos reproductivos están: el derecho a decidir el número y espaciamento de los hijos, el derecho a disponer de la información, el derecho a la educación y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia. El concepto de derechos reproductivos está asociado con la creación de la Red Mundial por la Defensa de los Derechos Reproductivos de las Mujeres, esto lo propusieron las mujeres en Holanda desde 1979, sin embargo la mayor parte de los documentos internacionales y nacionales (como la Constitución Mexicana) aunque así lo indican, no está explícito que toda persona tiene el derecho de tenerlos o no, es decir, si quiere o no ser madre o padre, sin que por esto se le discrimine. Estos derechos tienen mayor reconocimiento internacional que los derechos sexuales, esta proposición nos sirve de base para afirmar que el aborto debe estar dentro de los derechos reproductivos de las mujeres y por lo tanto se debe incluir su despenalización. Por otra parte, los derechos sexuales son aquellos que tienen todas las personas para decidir sobre su sexualidad y tener el control de ésta sin violencia, discriminación o coerción, a diferencia de los derechos reproductivos que se llevan a cabo por medio de una relación aunque sea ésta con una célula de otra persona tratándose de una inseminación artificial, los derechos sexuales tienen la posibilidad de ejercerse en relación o de manera individual (3).

Dentro de la cultura y moral religiosa, las mujeres que por diversas circunstancias deciden abortar son castigadas, en las épocas más oscuras hasta con la pena de muerte. Como hemos visto a lo largo de la historia ante estas prohibiciones se recurre a realizar abortos clandestinos, la célebre novela de “La Celestina” de Fernando de Rojas (s. XVI), ilustra

(2) HURST, Jane. La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia católica, lo que no fue contado. Católicas por el derecho a decidir. 5ª. Edición. 2002, México.

(3) FIGUEROA, Perea Juan Guillermo. [centauro.cmq.edu.mx:8080/Libertades/boletín/paginas2%20htm/números.htm-52k](http://centauro.cmq.edu.mx:8080/Libertades/boletín/paginas2%20htm/números.htm-52k)



muy bien como las damas católicas de la nobleza española recurrían a esta práctica antes de pasar por la vergüenza de tener un hijo ilegítimo, quien era llamado peyorativamente “bastardo”.

Cuando las mujeres deciden que en vez de tener un aborto de manera clandestina, éste debe realizarse en instituciones de salud, sin que por esto se les considere delincuentes, en ese momento es cuando empieza a surgir el llamado movimiento feminista, que entre otras cosas, lucha por el derecho a votar, por la igualdad laboral, por el derecho a la salud reproductiva y al control de la natalidad.

Hay incluso autoras como Teresita de Barbieri, quién afirma que uno de los elementos clave en el control del cuerpo femenino está precisamente en la necesidad de controlar su reproducción y de ahí proviene toda la justificación teórica, religiosa y social para considerar a la mujer un sujeto dependiente, destinado a la maternidad y al cuidado de los hijos y de los enfermos. (4)

Así tenemos que el feminismo surge en Europa como un movimiento social que presenta una lucha para solucionar los problemas de inequidad y pobreza a partir de 1789 con el inicio del capitalismo y la revolución francesa, especialmente exigiendo la igualdad de derechos para las mujeres y luchando por la participación social y un sistema igualitario, cuestionando la autoridad patriarcal, llámese esposo, juez o estado, de tal manera que aunque existan varias corrientes feministas, con respecto a estos derechos esenciales de las mujeres, todas están de acuerdo en que la sociedad y el estado tienen que reconocerlos.

El feminismo intenta dar una explicación teórica a la opresión de la mujer, es un instrumento de análisis para determinar las condiciones en las que se encuentran éstas y mostrar sus capacidades y sus derechos correspondientes. El feminismo es un movimiento

(4) DE BARBIERI, Teresita. Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos, en Revista Mexicana de Sociología No. 1, Vol. 62, enero-marzo 2000.

social y político, en el cual las mujeres y los hombres adquieren conciencia de que las primeras son integrantes del colectivo humano, es un movimiento de lucha contra la opresión y dominación patriarcal, de ninguna manera pretende ser excluyente, por el contrario desea ser incluyente a favor de las mujeres y los hombres que están en contra de una visión sexista y clasista del mundo. El feminismo tiene por objeto transformar a la sociedad con el fin de que las mujeres y los hombres seamos protagonistas de la historia, reconocidos y valorados en nuestro hacer, sentir, pensar y actuar. (5)

El objetivo general que pretende esta tesis, es analizar el problema del aborto inducido desde una perspectiva social y de salud pública en el municipio de Ecatepec, Estado de México, que es uno de los más poblados de todo el país, superando en población a todo el estado de Querétaro, por ejemplo.

Con base en todos estos planteamientos, nuestro primer objetivo fue investigar en un municipio tan poblado, con tanta actividad económica, la cantidad de mujeres que tenían que recurrir al aborto clandestino cuando había delito de violación, sin embargo, no fue posible encontrar información ni en hospitales, ni en ministerios públicos para poder armar una comprobación fidedigna de este tema. En vista de que tampoco podíamos entrevistar a las mujeres que hubieran abortado porque se hace de manera clandestina y las mujeres no se pronuncian como protagonistas, decidimos realizar nuestra investigación a través de aplicar al azar una serie de cuestionarios a mujeres de diferentes estratos sociales del municipio de Ecatepec y conocer la opinión que tienen acerca del aborto y diez circunstancias diferentes para llevarlo a cabo. Se les preguntó si tenían conocimiento de algún lugar donde se practicaran abortos y si conocían los riesgos de un aborto clandestino, se les preguntó también sobre instituciones en Ecatepec que dieran apoyo a la mujer y sobre métodos anticonceptivos, para no preguntar directamente si ellas habían abortado, se les preguntó si conocían a alguien que lo hubiera hecho, en su mayoría nadie quiere aceptar

(5) DE DIOS, Vallejo Delia Selene. Sociología de género. UNAM. 1ª. Edición 2004. UNAM-FCPYS-Centro de Estudios Sociológicos.

que se había practicado un aborto, sin embargo en cinco casos nos permitieron conocer su historia más a fondo, misma que mostramos en esta tesis. Los resultados de las encuestas se pueden ver al final de este trabajo.

Existe la falsa idea de que al promover la legalización del aborto, sin duda éste se vería incrementado, pero según datos de la Organización Mundial de la Salud en diferentes países donde el aborto es legal, lejos de incrementarse, el aborto ha disminuido y al mismo tiempo han bajado las tasas de defunciones por abortos mal practicados de manera clandestina. (6) Al tratar el tema del aborto, con frecuencia se confunden dos términos recurrentes, el de la despenalización y el de la legalización. El primer término se refiere a eliminar por completo el castigo penal a las mujeres que se han practicado un aborto, así como a quienes las han ayudado, esto es eliminar el aborto de los códigos penales de todo el país para que deje de ser un delito (con excepción del aborto practicado en contra de la voluntad de la mujer) mientras que legalizar el aborto, se refiere no sólo a despenalizarlo sino que pretende reglamentarlo con leyes debidamente analizadas y razonadas para que forme parte del derecho a la protección de la salud y sea incluido en los servicios médicos dentro de la seguridad social de manera segura y gratuita, como ha ocurrido en el Distrito Federal. (7)

El aborto, además de ser un grave problema de salud pública, debe ser considerado también como un problema social, ya que involucra a gran parte de la población femenina, que va desde adolescentes, jóvenes, mujeres maduras y hasta quienes están concluyendo su período fértil. Este grave problema no es privativo de las clases sociales bajas, la gran diferencia que existe, es que en las clases altas, las mujeres pueden ser atendidas con un servicio médico de calidad, mientras que las mujeres de escasos recursos se ven precisadas a recurrir a cualquier método que esté al alcance de su presupuesto, aunque esta opción sea de mayor riesgo, debido a las condiciones de insalubridad y casi nula preparación de quienes atienden estos abortos clandestinos.

(6) Organización Mundial de la Salud. Unsafe Abortion Global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Ginebra 1998, p. 13.

(7) TARACENA, Rosario. Coordinadora. Miradas sobre el aborto. Grupo de Información en Reproducción Elegida. 2000.

La falta de acceso a las medidas anticonceptivas y la prohibición del aborto, ponen en conflicto a la mujer al evaluar por un lado, el riesgo que corre su vida al interrumpir el embarazo, y por el otro, traer un hijo al mundo que no contará con las mínimas expectativas para su adecuado desarrollo, máxime si ya existen varios hijos, sólo ella sabe en qué condiciones de vida desea tener un hijo, sabemos por algunas estadísticas del sector salud que el mayor porcentaje de mujeres que abortan son las que están unidas o casadas y que - han tenido varios hijos, sin embargo también abortan las mujeres que no habían sido madres previamente, las adolescentes, las mujeres solteras, las mujeres violadas, las que están en peligro de muerte, las que conocen las enfermedades genéticas de su hijo, etcétera.

En muchas ocasiones la mujer ha sido discriminada por el hecho de estar embarazada fuera del matrimonio, dentro de su misma familia por sus padres o por sus hermanos, o cuando se han tenido demasiados hijos y algunas quedan relegadas por sus esposos, en las escuelas son expulsadas porque dan “un mal ejemplo” a sus compañeras, en los centros de trabajo son despedidas aunque la ley lo prohíba, en los bancos, en las fábricas y en algunas oficinas es requisito al contratarlas, presentar una constancia de no embarazo, previo examen de laboratorio, esto nos lleva a reflexionar acerca de la doble moral que ha imperado en nuestro país por muchos años, tanto de parte del gobierno como de la iglesia.

Existe también otra faceta, en donde la futura madre sí desea tener a su hijo, pero por razones laborales y económicas, se ve presionada a abortar, tal es el caso de las empleadas domésticas, que difícilmente obtienen trabajo con un hijo o más.

Las mujeres como miembros de un grupo familiar, social y laboral debemos reconocer que aún somos discriminadas, por ejemplo en el ámbito laboral, los salarios no son los mismos para un hombre que para una mujer, hablando del mismo puesto, ni tampoco las categorías se dan de manera equitativa, los puestos políticos son ejercidos mayoritariamente por hombres, los puestos de dirección, de gerencia y de cualquier otro donde haya toma de decisiones son ejercidos también por hombres.

Muchas de las mujeres que trabajan son jefas de familia, encargadas de la manutención y el cuidado de los hijos, sin embargo se tienen que conformar con los sueldos tan bajos que perciben, por discriminación sexual.

De la educación podemos decir que no todas las mujeres tenemos la misma facilidad para acudir a las escuelas, sobre todo en zonas rurales o en áreas marginadas fuera de las grandes ciudades, aún dentro de las mismas ciudades donde habitan las familias de escasos recursos, se obliga a las niñas y a las jovencitas a trabajar o a pedir limosna desde temprana edad. Somos un país que sobrepasa los cien millones de habitantes, en donde un poco más de la mitad somos mujeres y muchas de ellas luchan diariamente solas, han sido abandonadas, son divorciadas, son viudas, madres solteras que se esfuerzan por brindar un porvenir mejor a sus hijos, un nuevo embarazo viene a complicar la estabilidad económica y emocional de la familia ya constituida.

Al paso del tiempo, la mujer se ha ido incorporando cada vez más a la fuerza de trabajo, así han sido los requerimientos en nuestro país en cuestión económica, para algunas ha sido imprescindible superarse, realizarse como profesionistas, para otras apoyar a la pareja y para muchas más la necesidad de tomar el papel de jefa de familia y aportar el único ingreso para la supervivencia del hogar., así pues muchas mujeres se plantean la necesidad de interrumpir un embarazo, es por eso que el aborto debe ser considerado como un problema de salud pública, ya que el sector salud es quien debe brindar el servicio a fin de disminuir el índice de muerte materna por abortos mal practicados. También es necesario actualizar la legislación para priorizar el respeto y la discrecionalidad de parte de médicos y enfermeras dando un trato digno y una atención de calidad en los servicios hospitalarios.

El aborto, también puede ser una opción para aquellas mujeres que han sido víctimas del delito de violación, el problema social que constituyen los delitos sexuales debemos ubicarlo en el contexto del poder y la sexualidad, se habla de abuso sexual cuando las relaciones entre los seres humanos se ejercen haciendo uso de la jerarquía que pone al victimario en condiciones de superioridad con relación a la víctima, puede ser por edad, por

posición económica, religión, preferencias políticas, relaciones laborales y principalmente debido a las diferencias de género. Las mujeres y los niños han sido la población más vulnerable y es en las relaciones familiares en donde se expresan estas relaciones de dominación entre los sexos con más rudeza.

Los códigos penales en las legislaciones de todos los estados de la República y el Distrito Federal, permiten y autorizan el aborto en un lapso no mayor a tres meses, en caso de haber sido víctima del delito de violación, aunque sabemos que en muchos estados no se acata la ley (el caso de Paulina, la niña de 13 años que fue violada en Mexicali en julio de 1999) (8).

Finalmente, el aborto es una decisión que debe considerar el aspecto moral, legal, de salud y de pareja, cuando ésta existe, debe ser una decisión bien informada y bien razonada, consciente de las circunstancias y consecuencias que esto tendrá. Cuando la mujer se encuentra sola, será ella quien tome la decisión.

Este estudio del aborto en el municipio de Ecatepec, Estado de México, pretende describir lo que aquí sucede y quizás en muchas otras zonas urbanas, especialmente en las áreas conurbadas o periféricas a las grandes ciudades, sabemos que en las zonas rurales también se presenta este problema, donde por múltiples factores (falta de información sobre anticoncepción, escasos centros de salud, un riguroso régimen patriarcal, etc.), se tienen muchos hijos pero el índice de abortos es menor, sin embargo, en este estudio sólo se consideró la zona urbana. Si verdaderamente lo deseable es bajar el índice de abortos clandestinos, tenemos que estar mejor informados y por ende, más interesados en evitar las muertes innecesarias de miles de mujeres por tener una mala atención.

Para esta investigación relacionada con el aborto en el municipio de Ecatepec, la teoría feminista contemporánea es la que reúne las características para fundamentar la hipótesis que a continuación describo, ya que es una teoría crítica a la desigualdad social y proclama la promoción de los derechos de las mujeres.

(8) PONIATOWSCA, Elena. Las mil y una ... (La herida de Paulina). Plaza y Janés Editores. México 2000.

La hipótesis que presento en este trabajo es que la población femenina del municipio de Ecatepec al tener una grave carencia de información respecto a su salud reproductiva y todo lo relacionado con ésta (prevención, anticoncepción, acceso a diversas instituciones, etcétera), es una población más vulnerable y más expuesta a un embarazo no deseado que puede desencadenar la interrupción de éste en circunstancias riesgosas y a veces fatales.

La metodología que apliqué se basó en consultar diversas fuentes de información, como libros, revistas, periódicos, tesis documentales, entrevistas, encuestas de opinión, visitas a hospitales, Instituciones de ayuda a la mujer, etcétera. Posteriormente seleccioné el material adecuado, realicé un análisis descriptivo y de correlación y finalmente presenté mi conclusión apoyada por algunas gráficas. Algunas mujeres se sintieron confundidas y titubeantes al responder, sobre todo las jóvenes mostraban cierta reticencia, en cambio las mujeres maduras estaban con mayor disposición al diálogo.

En el primer capítulo encontraremos la definición y los antecedentes históricos del aborto.

En el segundo capítulo, los factores que inciden para tomar la decisión de abortar.

En los capítulos III, IV y V, se da un panorama de la situación del aborto en el mundo, en México y en el Estado de México.

Para finalizar con el capítulo VI, donde abordamos la situación del aborto en el municipio de Ecatepec, Estado de México.

Agradezco a la Dra. María Luisa González Marín del Instituto de Investigaciones Económicas quien fue mi asesora de tesis por su invaluable contribución en la elaboración de este trabajo. Mi reconocimiento para la Profesora Gabriela Vázquez Cermeño, la Profesora Margarita Millán, la Profesora María Elena Galeana y el Profesor Gustavo de la Vega Shiota, por su apreciable ayuda en esta investigación.

## CAPITULO I.

### EL PROBLEMA SOCIAL DEL ABORTO Y SUS ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El aborto es un problema social porque diversos factores sociales giran en torno a él; como el aspecto político, religioso, económico, jurídico y hasta demográfico entre otros más.

El aborto se ha utilizado como forma de control natal, cuando se ha requerido disminuir la población se ha permitido de manera abierta, al igual que el infanticidio o la eliminación de los ancianos por aspectos económicos o por escasez de alimentos, de acuerdo a las necesidades de producción y distribución

En algunos grupos humanos, las mujeres abortaban cuando los hombres que las embarazaban pertenecían al grupo que había conquistado militarmente a su pueblo, como un rechazo a los invasores o si sus hijos eran de padre local, para evitar que fueran sujetos dominados por algún pueblo extraño y que posteriormente pasaran a ser esclavos.

Después fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX. Algunas teorías dicen que el aborto se prohibió debido al gran requerimiento de mano de obra barata, para satisfacer las necesidades en la época de la revolución industrial, lo cierto es que en la única situación en la que estaba permitida su práctica era cuando peligraba la vida de la madre, también se permitía el aborto cuando había riesgos de salud materna.

El Código de Hamurabi, casi 2000 años A.C. (9), los hititas castigaban el aborto con penas económicas y en algunos casos hasta con la muerte, lo mismo que los asirios y babilonios, los egipcios se preocupaban por la protección del embrión.

(9) RUÍZ, Rodríguez Virgilio. El aborto, aspectos: jurídico, antropológico y ético.2002.



En la India se condenaba el aborto considerándolo como un homicidio, solamente se permitía para proteger la casta elevada de una mujer que hubiese sido embarazada por un hombre de casta baja, así se daba muerte al hijo, ya sea provocando el aborto o por el suicidio de la madre. De acuerdo con el Código de Manú, el aborto se practicaba por razones eugenésicas, para proteger la pureza de la sangre de las castas elevadas.

El aborto provocado fue considerado como grave inmoralidad en Roma, no obstante, ni en la República, ni en la primera parte del Imperio fue calificado de delito, se pensaba que el feto era parte del vientre de la madre y que el castigo constituía una grave intromisión en la esfera jurídica del individuo, se decía que el feto era una propiedad privada del esposo, sólo fue penado por el Digesto (cuerpo del Derecho Romano) con destierro temporal para la mujer que lo cometiera contra la voluntad de su marido.

Los cristianos no compartieron las opiniones de los juristas romanos y afirmaron que el feto no era parte del vientre de la madre, sino un ser dotado de alma. Por influjo del cristianismo, los emperadores cristianos iniciaron la punibilidad del aborto.

Entre los pueblos germánicos en sus leyes paganas, el aborto cometido por un extraño se consideró como daño de carácter patrimonial.

Posteriormente en la doctrina de la Iglesia católica, se tomó en cuenta la distinción entre el feto animado y el feto inanimado, según la Biblia, las doctrinas de Aristóteles y de Plinio, que eran aceptadas por los escritores católicos y los decretales, para que el semen llegado al útero se formase como un cuerpo para recibir el alma, convirtiéndose en feto animado, para lo cual era preciso que transcurriera cierto tiempo, aproximadamente 40 días después de la concepción para los varones y 80 días para las mujeres.

Según algunos la creación del alma espiritual tenía lugar de 6 a 10 semanas después de la concepción, cuando el aborto era realizado durante este tiempo se castigaba con la muerte porque el delito conducía al limbo a una alma, si no tenía lugar en ese tiempo, se castigaba con penas inferiores, pecuniarias o con el destierro a una isla durante 5 años, a la persona que ayudase a abortar. Inocencio XI a finales del siglo XVII decía: “Es lícito provocar el aborto antes de la animación del feto, para que la joven sorprendida en gravidez no sea muerta o difamada”.

Ya en el siglo XVIII aparecen algunas tentativas a atenuar los duros castigos del aborto y durante el siglo XIX las severas penas establecidas contra el aborto quedan prácticamente reducidas a penas de la privación de la libertad por parte de las autoridades civiles, por ejemplo, en Inglaterra en 1861 se reprimía con servidumbre penal perpetua; en 1864 en Suecia, la pena eran trabajos forzados, éste mismo país ya para el 1939 admitió el aborto terapéutico, psicosocial y eugenésico, siguiéndole muchos países más. En 1939, Francia daba una pena de seis meses a dos años de prisión y una multa que podía llegar a los 480 mil francos a la mujer que procuraba el aborto; y hasta de 2 millones 400 mil francos de multa y hasta 5 años de prisión a la persona que le ayudase a abortar.

Durante el siglo XX, la legislación ha liberado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares, por ejemplo, los abortos por voluntad de la madre, fueron legalizados primero en la Rusia posrevolucionaria en 1920, posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de la Europa del Este después de la Segunda Guerra Mundial. A finales de la década de los sesenta la despenalización del aborto se extendió a muchos países, las razones de estos cambios legales fueron de tres tipos:

- a) El infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales.
- b) La sobrepoblación mundial.
- c) El auge del movimiento feminista.

Hacia 1980, el 20% de la población mundial vivía en países donde la legislación sólo permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre. Otro 40% de la población mundial residía en países en los que el aborto estaba permitido en ciertos casos (riesgo para la salud materna, situaciones de violación e incesto, presencia de alteraciones congénitas o genéticas del feto) y en situaciones sociales especiales (madres solteras o con bajos ingresos). Otro 40% de la población mundial vivía en países donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condicionantes de los plazos legales para su realización. El movimiento de despenalización para ciertos casos ha seguido creciendo desde entonces en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales sobre la mujer, especialmente en la de Pekín en 1995, aunque todavía hay países que sobre todo por razones religiosas se ven presionados a mantener legislaciones restrictivas y condenatorias al respecto.

Los derechos sexuales y reproductivos fueron sistematizados en el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo en 1994. La base jurídica de los acuerdos reside en la Declaración Universal de los derechos humanos (1948). Se trata de un código universal que define en términos de derechos y responsabilidades, las condiciones de persona y de ciudadanía y por lo tanto organiza de manera general pero precisa, las relaciones entre los seres humanos y los estados (gobiernos y gobernados). (Para México ver capítulo 5, inciso B, Derechos sexuales y reproductivos).

El gobierno mexicano empezó a tratar públicamente el problema del aborto a partir de 1976, cuando convocó a la formación del Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto (GIEA) a través del Consejo Nacional de Población.

Cuando se requirió poblar el territorio nacional y se creía que la riqueza y fortaleza de un país dependía de la cantidad de su población, entonces se fomentaron las familias prolíficas, cuando se interpretó que el desarrollo económico tenía como variable detener el crecimiento poblacional, entonces se llevaron a cabo campañas de planificación familiar, se legalizaron los anticonceptivos y el gobierno se interesó por modificar las leyes.

## A. Definición del aborto. Conceptos.

El aborto es la interrupción del embarazo, sin embargo es preciso distinguir entre dos tipos básicos de aborto:

- El aborto espontáneo.
- El aborto inducido.

El **aborto espontáneo**, sucede cuando el cuerpo de la mujer expulsa el producto sin que nadie haga nada para provocarlo. (10)

El **aborto inducido**, es el que se provoca voluntariamente, empleando algún recurso o método con ese fin. (Idem)

El punto de vista médico, considera como aborto la interrupción de un embarazo antes de que el producto pueda sobrevivir fuera del cuerpo de la mujer, es decir, antes de que éste sea viable, lo que puede ocurrir hasta las semanas 20 a 22 del embarazo. Luego de este período, generalmente se habla de muerte fetal y no de aborto.

Desde el punto de vista legal, las definiciones de aborto inducido en las leyes mexicanas coinciden en señalar que se trata de la muerte o privación de la vida del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo. En contraste, en México sólo el estado de Tlaxcala toma en cuenta el aspecto de la viabilidad del producto, es decir, el período en el que puede sobrevivir fuera del cuerpo de la mujer.

(10) TARACENA, Rosario. (coordinadora) Miradas sobre el aborto. GIRE.México2000.

## B. Definición de aborto. Características.

Existen diferentes técnicas médicas para interrumpir el embarazo, el uso de cada una depende del tiempo que lleve el embarazo y del tipo de servicios disponibles (equipo y personal capacitado). El aborto practicado durante el primer trimestre del embarazo, mediante cualquiera de las técnicas que han mostrado ser bastante seguras, constituye una operación sencilla que generalmente no requiere hospitalización. En cambio, si el aborto se realiza más tarde, existen más posibilidades de que surjan complicaciones.

En todos los casos, el especialista que practique la intervención, debe tomar en cuenta la historia clínica completa de la mujer y hacer una evaluación de cada caso. La mayor parte de las técnicas médicas para la interrupción del embarazo son quirúrgicas pero existe también el llamado “aborto químico” o “aborto médico” que consiste en ingerir pastillas compuestas por sustancias que inducen el aborto.

Métodos quirúrgicos:

### **Aspiración Manual Endouterina (AMEU).**

La aspiración manual endouterina, es la técnica más segura para practicar el aborto. Se trata de una operación relativamente sencilla que dura cerca de 15 minutos, generalmente se utiliza anestesia local, sólo en algunos casos se requiere de anestesia general, puede realizarse desde las primeras tres semanas del embarazo y hasta la semana número 12.

El procedimiento consiste en dilatar el cuello del útero para introducir en él una cánula flexible, parecida a un popote y aspirar el contenido con una jeringa. El grosor de la cánula y el grado de dilatación dependen de qué tan avanzado esté el embarazo, pero en general la AMEU requiere un grado de dilatación muy bajo, lo que hace que el procedimiento sea seguro.

La AMEU, se puede practicar en cualquier clínica o consultorio ginecológico, siempre que exista el equipo necesario y se cuente con personal capacitado. La mujer permanece en promedio dos horas en el consultorio, porque debe esperar a que pase el efecto de la anestesia y para asegurar que no sean excesivos los cólicos y el dolor. Este método es un recurso eficaz para atender las complicaciones derivadas de abortos en proceso o incompletos.

### **Aspiración mecánica.**

Similar a la AMEU, ofrece las mismas ventajas y es igualmente seguro, la diferencia es que en este caso, la aspiración se practica con ayuda de un dispositivo movido por energía eléctrica y puede hacerse hasta las 14 semanas del embarazo, este procedimiento es el más común en los países donde el aborto se permite a solicitud de la mujer.

### **Legrado (Dilatación y Curetaje).**

Antes de que existieran las técnicas de aspiración, el método más común era el de la dilatación y curetaje, también conocido como legrado. El legrado requiere hospitalización y anestesia general o bloqueo peridural. (11) En este caso es necesario dilatar más el cuello del útero para poder introducir la cureta y manipularla. La cureta es un instrumento de metal o plástico con el que se raspan las paredes del útero. El riesgo de daño a la salud de la mujer es mayor que el que presenta la aspiración, porque pueden producirse perforaciones uterinas o mutilaciones que deriven en esterilidad. Debido a que el método por aspiración no está muy difundido en México, muchos servicios de salud practican el legrado para atender complicaciones derivadas de abortos incompletos o en proceso. El legrado puede realizarse desde las 6 semanas de embarazo hasta la número 16, pero siempre que sea posible es mejor el uso de la AMEU.

(11) Peridural, se refiere a la cara externa de la duramadre de la médula espinal. El bloqueo peridural consiste en introducir un anestésico local en las raíces nerviosas que salen de la columna y que dan sensibilidad de la cintura hacia abajo, este bloqueo lo realiza un anestesiólogo.

### **Dilatación y Evacuación.**

Este método se utiliza en embarazos que tienen ya una duración de entre 13 y 16 semanas, requiere de hospitalización y anestesia general, se trata de una combinación del legrado y las técnicas de aspiración y para aplicarlo es necesario que el personal médico tenga un alto nivel de entrenamiento, ya que el útero se encuentra más suave y vulnerable que en el primer trimestre.

### **Inducción de parto inmaduro.**

Este procedimiento se practica con muy poca frecuencia en la actualidad, debido a su complejidad y alto riesgo y ha sido sustituido por la dilatación y evacuación, se realizaba entre las 13 y 24 semanas de embarazo, pero hoy en día sólo se recurre a él en casos excepcionales (a partir de la semana 16 del embarazo), como cuando la salud de la mujer está en peligro o se descubren malformaciones en el feto. Requiere una estancia hospitalaria de entre 24 y 48 horas.

El procedimiento consiste en inyectar dentro del saco amniótico una solución salina hipertónica o urea hipertónica y prostaglandinas E2, para provocar en el útero contracciones similares a las del parto, de manera que el feto sea expulsado imitando un parto natural. También suelen aplicarse prostaglandinas intracervicales con oxitocina endovenosa para provocar las contracciones del útero.

## **Histerotomía.**

Esta técnica consiste en la remoción del feto y la placenta por medio de una operación quirúrgica, como su realización exige incisiones en el abdomen y en el útero, implica riesgos de cirugía mayor y posibilidades más serias de complicación que los de cualquier otro método, sólo se recurre a este procedimiento cuando otros han fallado repetidamente o no son practicables por motivos médicos (como en el caso de anomalías uterinas). Se considera una intervención delicada que requiere hospitalización de dos días. Luego de la histerotomía, la mujer queda con cicatrices en el abdomen y en el útero, de modo que en el futuro tiene que dar a luz mediante cesárea. La histerotomía debe evitarse al máximo y siempre se considera como mejor opción la inducción del trabajo de parto inmaduro.

Métodos químicos:

## **La píldora RU 486.**

La píldora RU 486 contiene mifepristone, una sustancia abortiva con alto grado de efectividad (superior al 95%) cuando se le combina con una dosis de prostaglandina. La píldora se emplea dentro de las primeras 9 semanas del embarazo. La RU 486 provoca el inicio del aborto debido a que afecta la acción habitual de la progesterona, que es una hormona esencial para el mantenimiento del embarazo (progesterona del latín *progestare*, a favor de la gestación).

Para la interrupción del embarazo mediante el uso de la píldora RU 486 no se requiere hospitalización, bastan tres visitas al médico: en la primera se ingiere la píldora, en la segunda visita (48 horas después), la mujer recibe una dosis de prostaglandina que provoca contracciones en el útero y causa la expulsión del embrión y en la tercera, se hace una revisión. Únicamente cuando el aborto queda incompleto, se realiza una aspiración.



Este método es relativamente reciente, fue inventado en 1980 y a pesar de que se ha probado en más de una docena de países, su uso se ha extendido sólo en algunos de ellos. Los países en donde está disponible actualmente son: Francia, Inglaterra, Suiza y China. En 1999 fue aprobado para su comercialización en: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Los Países Bajos y España. (12)

### **Metotrexate.**

El metotrexate es una droga que retarda o detiene el crecimiento del tejido embrionario o fetal. Al igual que en el caso de la píldora RU 486, el metotrexate se utiliza en combinación con otra sustancia, el misoprostol. El metotrexate es una droga que se emplea habitualmente en el tratamiento de cáncer, artritis, psoriasis y colitis, además de que se ha utilizado durante décadas en el tratamiento de embarazos ectópicos (13). El misoprostol provoca contracciones en el útero para facilitar la salida del embrión.

El procedimiento general consiste en inyectar a la mujer una dosis de metotrexate y administrarle, 48 horas después una dosis de misoprostol. En caso de que el aborto resulte incompleto, se debe proceder a una aspiración. El metotrexate debe ser administrado y vigilado por un especialista ya que puede tener efectos secundarios importantes que pongan en peligro la vida de la paciente.

(12) Population Council en su página de internet [www.popcouncil.org/faqs/abortion.htm/](http://www.popcouncil.org/faqs/abortion.htm/)

(13) Embarazo ectópico es aquel que no se aloja en el útero.

### Métodos de interrupción del embarazo (14)

Procedimientos	Semanas desde la última menstruación	Lugar donde se realiza
Aspiración manual endouterina	3 a 12	Consultorio o clínica
Aspiración mecánica	3 a 14	Consultorio o clínica
RU 486 (mifepristone) y misoprostol	hasta la 9	Debe ser administrada Y vigilada por un médico
Metotrexate y misoprostol	hasta la 9	Debe ser administrada y vigilada por un médico
Legrado	6 a 16	Hospital
Dilatación y evacuación	13 a 16	Hospital
Inducción de parto inmaduro	16 a 24	Hospital
Histerotomía	16 a 24	Hospital

(14) ROSARIO, Taracena. (op. cit.)

## CAPÍTULO II. FACTORES QUE INCIDEN EN LA DECISIÓN DE ABORTAR.

Las razones que llevan a las mujeres a buscar un aborto inducido son de muy diversa índole: porque se embarazan debido a una relación sexual forzada o no planeada, por falta de una pareja que les brinde apoyo moral y económico, porque se tienen demasiados hijos, porque no se tiene trabajo, porque falló el anticonceptivo, etcétera.

Lo importante es que ninguna mujer aborta por gusto, las mujeres se enfrentan a muchos miedos que tienen que ver con la falta de información, carencia de un sistema de salud adecuado, a sufrimientos emocionales, etcétera. En la mayoría de los casos, las mujeres abortan porque no tienen otra alternativa.

### A. Factores internos que influyen en la decisión de abortar.

Existen diversos factores por los cuales una mujer decide interrumpir su embarazo, entre ellos están los éticos, los religiosos y los psicológicos.

#### 1. Factores éticos.

La ética es la parte de la filosofía que trata de la moral, así que la ética estudia los actos morales, sus fundamentos y cómo se vinculan en la determinación de la conducta humana, analiza los valores del comportamiento individual.

Existen dilemas éticos en situaciones en las que no hay una clara respuesta y se pueden admitir argumentos a favor y en contra de cada postura, La ética no tiene por objetivo establecer lo que se debe hacer en cada situación concreta pues se trata de una disciplina que mantiene un profundo respeto por la libertad de las personas y deja en éstas la responsabilidad de tomar sus propias decisiones.

La ética es una reflexión que puede ayudar a tomar una decisión de carácter moral, estableciendo valores que entran en conflicto y señalando posibles consecuencias al tomar una decisión u otra.

La decisión ante un embarazo no deseado plantea un dilema ético, pues en él se juegan valores como la libertad y la responsabilidad de la mujer o de la pareja.

## 2. Factores religiosos.

Existen diferentes posiciones religiosas sobre el aborto y aún dentro de una misma religión hay diversidad de opiniones. La Iglesia católica hizo oficial su rechazo absoluto al aborto hasta 1869 apoyándose en tesis biológicas que ya han sido rebasadas por los nuevos conocimientos científicos, como veremos más adelante no todas las religiones condenan el aborto.

La mayoría de los grupos religiosos reconoce el derecho de la mujer a abortar si las circunstancias de su embarazo lo justifican, así ocurre en diversas iglesias protestantes, en los grupos judíos no ortodoxos y en algunas iglesias orientales.

Durante los primeros siglos del cristianismo, los teólogos tenían diferencias de opinión respecto al momento de la hominización, es decir, el momento en el que se supone que el alma se incorpora al cuerpo del nonato. San Agustín (354 a 430 D. C.)(15) afirmaba que el aborto no se consideraba homicidio, porque aún no se podía decir que haya una alma viva en un cuerpo que carece de sensación ya que todavía no se ha formado la carne y no está dotado de sentidos. Siglos más tarde, Santo Tomás de Aquino (1127-1174) sostenía la teoría de la hominización retardada y decía que el aborto en las primeras etapas no era homicidio, pues se creía que el alma ingresaba al cuerpo hasta 40 días después de la concepción en caso de los varones y 80 en el caso de las mujeres.

(15) RUIZ, Rodríguez Virgilio. (op. cit.)

En México a pesar de que más del 90% de la población se reconoce como católica, la población mexicana no necesariamente está de acuerdo con el mandato de la jerarquía católica en relación con el aborto. En la actualidad existe una corriente de opinión dentro de la Iglesia católica, representada por el grupo europeo *Somos Iglesia* y el americano *Católicas por el derecho a decidir*, quienes sostienen que hay principios teológicos como el de la primacía de la conciencia y el del probabilismo que permiten a la mujer católica decidir en buena conciencia si aborta o no.

### 3. Factores psicológicos.

Existen diversos factores psicológicos que pueden influir en la decisión de la interrupción del embarazo, entre ellos el más importante es el de haber sido víctima del delito de violación.

La violencia sexual provoca un gran número de secuelas psicológicas, familiares y sociales, que alteran el sano desarrollo psicosexual y social de las afectadas, así como de sus familiares.

El punto de vista feminista, señala a la violencia sexual como un ejercicio de poder de género, asociado más al uso de la fuerza y la coerción que a la sexualidad. Por lo tanto, el daño psicológico posterior a una violación es muy severo y desencadena un lógico rechazo al embarazo producto de ésta.

Como ejemplo podemos decir que una de cada cuatro mujeres sufre violencia doméstica, el 25% de las niñas son objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez, el 25% de las mujeres son acosadas sexualmente en el trabajo o en espacios públicos. En la zona metropolitana de la ciudad de México, por cada 100 receptores de violencia, 96 son mujeres y 4 hombres <sup>(16)</sup>. Es evidente que ante un ataque sexual con consecuencias de embarazo, la mujer prefiera abortar.

(16) [www.inmujeres.gob.mx](http://www.inmujeres.gob.mx)

## B. Factores externos que influyen en la decisión de abortar.

Entre los factores externos que influyen en la decisión de abortar más importantes, se encuentran los económicos, los sociales y los de la salud.

### 1. Factores económicos.

El factor económico influye de manera decisiva en la interrupción del embarazo. Sabemos que en su mayoría, las mujeres que abortan son aquellas que han tenido de 1 a 5 hijos (hasta en un 69%) esto contradice la tesis de que en su mayoría abortan las jóvenes solteras y las mujeres que se dedican a la prostitución. Quienes más abortan, son las mujeres casadas o en unión libre que son madres de varios hijos y cuya situación económica o familiar no les permite asumir mayores responsabilidades.

La edad de las mujeres que abortan oscila entre los 10 y los 45 años, en donde se observa que el porcentaje más alto lo tienen las mujeres entre 21 y 25 años con un 30%. Sin embargo, las diferencias económicas tienen gran importancia debido a que las mujeres con mayores ingresos pueden obtener abortos seguros y las mujeres pobres llegan a inducirlo ellas mismas o acuden a personas no capacitadas que les cobran menos pero que ponen en riesgo su salud y su vida.

También podemos tomar en cuenta el aspecto económico en relación al Sector Salud y al Estado, ya que para estas instituciones implica un costo elevado atender a mujeres que llegan con un proceso de aborto, pues resulta más económico invertir en programas de planificación familiar que solventar los gastos de hospitalización (médicos, enfermeras, anestesistas, quirófanos, camas, medicinas, etc.)

El promedio de días de estancia de todas las formas clínicas de aborto es de 1.8. El total de camas diarias que se requieren para su atención es de cerca de 1500 y el total de camas-día

por año llega a cerca de un millón. El promedio de incapacidad laboral es de 10 días, lo que determina un impacto notable en la fuerza femenina de trabajo. Es posible calcular que la pérdida de días laborables al año por este concepto es de aproximadamente 5 millones y medio. (17)

## 2. Factores sociales.

Las exigencias sociales a este respecto son muy importantes, ya que ejercen una gran presión a la mujer que se ha embarazado fuera del matrimonio y que por tener una doble moral exigen el aborto para cubrir las apariencias. La sociedad es juez y parte de un problema que tiene su raíz en una cultura patriarcal en donde la mujer embarazada fuera del matrimonio puede ser víctima de agresiones dentro del núcleo familiar, orillándolas a preferir someterse a un aborto clandestino antes que enfrentarse a la familia. Los grupos sociales más vulnerables son los de escasa educación y bajos ingresos. En algunos casos es la pareja la que condiciona la relación a cambio del aborto para evitar responsabilidades económicas y morales con el futuro hijo y con la madre. En el campo laboral, la actitud de los patrones hacia las empleadas embarazadas, en su mayoría es el despido inmediato.

## 3. Factores de salud.

Existen por lo menos 17 malformaciones incompatibles con la vida que podrían originar la decisión de abortar (18)

- a) Anencefalia.
- b) Hidroanencefalia.
- c) Holoprosencefalia.
- d) Osteogénesis imperfecta tipo II.

No. 32.GIRE. marzo 2002.

(17) LOPEZ, García Raúl. El aborto como problema de salud pública. En maternidad sin riesgos.1994.

(18) Boletín trimestral sobre reproducción elegida No. 32. GIRE. Marzo 2002.

- e) Trisomías 13 y 18.
- f) Agenesia renal.
- g) Displasia tanatofórica.
- h) Tripoidía.
- i) Siringomielia.
- j) Síndrome de enanismo acondroplástico.
- k) Acondrogénesis-hipocondrogénesis de tipo II.
- l) Fibrocondrogénesis.
- m) Ateloteogénesis.
- n) Síndrome de polidactilia y costilla corta del tipo Saldino-Noonan.
- o) Síndrome de pterigión múltiple letal.
- p) Síndrome de new-Laxova.
- q) Síndrome de Meckel-Gruber.

No es la finalidad de esta tesis analizar cada una de estas malformaciones, sin embargo como ejemplo podemos decir que la anencefalia, que es la ausencia del cerebro y que se origina en la cuarta semana de gestación, nos podría conducir al debate de interrumpir o no el embarazo. También existen contraindicaciones maternas del embarazo <sup>(19)</sup> entre las que destacan:

- a) Cardiopatías.
- b) Insuficiencia renal.
- c) Placenta previa.
- d) Poco espaciamiento entre una cesárea y otra (menos de un año).
- e) Eclampsia o preclampsia previa.
- f) Diabetes.

(19) CORTES, Chávez José Antonio. Diez principales causas del embarazo de alto riesgo. Tesis 2004.



- g) Cirugía uterina previa.
- h) Infección de las vías genitourinarias.
- i) Discapacidad mental.
- j) Hemorragia precoz del embarazo.

Debemos aclarar que existen los defectos congénitos (adquiridos en el útero) y los defectos genéticos (transmitidos por herencia), todos éstos podrían determinar la posible interrupción del embarazo.

Las mujeres abortan porque tienen problemas económicos, porque los anticonceptivos fallaron (uso inadecuado o producto en mal estado), para posponer la maternidad, por la necesidad de trabajar, para terminar sus estudios, por problemas con la pareja, por la edad (cuando están muy jóvenes, aún no están capacitadas, cuando están muy grandes se corren riesgos de salud) por decisión de los padres, por tener enfermedades crónicas o contagiosas, por tener muchos hijos, por haber sido violadas, etc.

La diversidad de razones es muy grande, sabemos que la mujer no encuentra el gusto por abortar, es ilógico que alguien se embarace para después abortar deliberadamente, para la mujer es doloroso física y emocionalmente. El común denominador de las mujeres que abortan es que se han embarazado sin planearlo y ante la imposibilidad de hacerse cargo del niño, terminan por interrumpir el embarazo.

### CAPÍTULO III. SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL MUNDO.

En la década de los cincuenta, los países de Europa central empezaron a admitir el aborto por voluntad de las mujeres y a partir de entonces, se ha observado una tendencia hacia la liberalización de las leyes a este respecto.

Junto con las conveniencias sociales de la disminución en la tasa de crecimiento poblacional, está la lucha feminista que ha pugnado por tomar la decisión sobre el control del cuerpo de la mujer

Ya para los años sesenta y setenta, la mayor parte de los países industrializados hicieron una revisión de sus leyes y admitieron un número importante de causales para la práctica legal del aborto, o bien liberalizaron por completo la legislación respectiva. Al igual que ellos, algunos países en desarrollo como China e India también modificaron algunas de sus políticas restrictivas.

En este capítulo podremos ver que en la actualidad, las leyes del aborto en el mundo pueden clasificarse entre las que lo prohíben por completo, las que admiten sólo algunas posibilidades legales y las que lo admiten sin restricción alguna.

También se abordará la situación del aborto en América Latina, que estando conformada por países en desarrollo, presenta un alto índice de abortos inseguros desencadenando altas tasas de mortalidad materna.

Por último, presentaré la posición que guardan las diferentes religiones ante el aborto, a excepción de la Iglesia católica que se verá en el capítulo siguiente.

#### A. Algunas consideraciones del aborto en el mundo.

La interrupción del embarazo ha sido uno de los temas más controvertidos en la teoría jurídica, existen algunos países que han incorporado en su sistema de derecho, mecanismos que regulan la interrupción del embarazo fundamentalmente en países europeos y en los Estados Unidos en cuyas legislaciones se observa ya la permisión del aborto, esto responde a las necesidades sociales de cada país.

Conforme a la Organización Mundial de la Salud, las diversas legislaciones existentes pueden ser:

1. Las legislaciones que no permiten el aborto en ninguna circunstancia.
2. Las legislaciones que permiten el aborto únicamente por causas médicas.
3. Las legislaciones que permiten el aborto por disposiciones médicas y por razones medico-sociales.
4. Las legislaciones que permiten el aborto por disposiciones sociales y económicas.

A continuación se describen las posturas de diferentes países respecto al aborto:

Poco después de la revolución de octubre en lo que fue llamada la URSS, se inicia el movimiento legislativo, a partir de 18 de noviembre de 1920 se permitió la interrupción del embarazo en hospitales públicos, esta resolución se funda en tres razones básicas: La eliminación del aborto ilegal, el control de la población y la emancipación de la mujer. En la actualidad el aborto está permitido sin restricciones, con un límite gestacional de doce semanas.

En Suecia a partir de una ley del año 1974 que entró en vigor el 1 de enero de 1975, se permite a la mujer (como única persona que decide y hasta la décima semana de embarazo) practicar el aborto. En la actualidad Suecia no aplica restricciones para la interrupción del

embarazo siempre y cuando se cumpla con el límite gestacional de 18 semanas. En Dinamarca, el aborto es libre y gratuito a partir del año de 1973, a condición de que el embarazo tenga menos de doce semanas y que la mujer radique en el país.

En Noruega, Islandia y Austria, a partir del 1 de enero de 1975 la interrupción del embarazo es lícita hasta antes de la semana doce, si la salud física o mental de la madre está en peligro. Actualmente Austria tiene un límite gestacional de catorce semanas.

En Suiza, el aborto se permite si la salud física o mental de las mujeres se encuentra bajo la amenaza de un mal grave y permanente.

Italia y Francia. La ley italiana y la ley francesa son legislaciones modernas y parten del postulado de que la garantía que la ley establece al respeto de la vida de todo ser humano desde su inicio se lleve a cabo. El Estado garantiza el derecho a la procreación libre y responsable dando su justo valor social a la maternidad y a la vida humana. Se rechaza así mismo, el empleo del aborto como un medio para el control de la natalidad.

Ambas leyes se estructuran sobre dos ideas: la interrupción voluntaria del embarazo practicada dentro del término legal (12 semanas) y la interrupción voluntaria del embarazo practicada por motivos terapéuticos.

Los Estados Unidos. Se puede enunciar en estas tres proposiciones:

1. La práctica del aborto dentro del primer trimestre del embarazo es una decisión exclusiva de la mujer y del juicio de su médico. La decisión de la mujer a procurarse el aborto está protegida constitucionalmente en tanto no esté limitada por un interés del Estado.
2. En la etapa subsecuente (los siguientes tres meses) el Estado en función de su interés en proteger la salud de la madre, puede reglamentar el procedimiento de aborto a efecto de preservar la salud de ésta.

3. En la etapa final del embarazo que comprende el último trimestre, el Estado tiene un interés en proteger la potencialidad de la vida humana cuando el feto es viable y puede en consecuencia proscribir la práctica del aborto, a no ser que conforme al dictamen médico su práctica fuese necesaria para preservarla salud o la vida de la madre.

En la actualidad se practica el aborto en los Estados Unidos sin restricciones, la ley no limita los abortos de fetos antes de que sean viables, en 31 estados se requiere la autorización de los padres y la notificación a éstos. (las leyes de los estados tienen ciertas diferencias al respecto).

Alemania. Actualmente con la unificación de las dos Alemanias, el aborto está permitido sin restricciones, con un límite gestacional de catorce semanas.

En España, el aborto está permitido por salud mental, en caso del daño del feto y en caso de violación sexual.

En Iraq, el aborto está permitido por salud mental, en caso de daño del feto, violación sexual, en caso de incesto y se necesita la autorización del esposo.

En la India, el aborto está permitido por razones socioeconómicas, se necesita la autorización del padre y de la madre, está permitido en caso de violación y cuando existe daño del feto.

En Japón, se permite el aborto por razones socioeconómicas con la autorización del esposo.

En China, se permite el aborto prácticamente sin restricción alguna y aunque la ley no indica un límite gestacional, se requiere de la autorización del padre y la madre.

En Angola, Madagascar y Nigeria, está permitido el aborto para salvar la vida de la madre.

Podemos concluir que un total de 49 países del total del mundo permiten el aborto sin restricción alguna, 52 países lo permiten para salvar la vida de la madre, 23 por salud física, 20 por salud mental, 6 por razones socioeconómicas y en 2 países está totalmente prohibido que son Chile y el Salvador, en la mayoría de los países el límite gestacional se ubica en las doce semanas. (20)

(20) Grupo de Información en Reproducción elegida, A.C., Miradas sobre el aborto. México 2000.

## B. Situación del Aborto en América Latina.

En América Latina, así como en todos los países en donde el aborto no es del todo permitido, prevalece el silencio en torno al tema a excepción de Cuba, en donde el aborto es legal. Su práctica es supuestamente castigada por la ley con algunas excepciones que se justifican por causas médicas, no obstante el aborto se practica entre mujeres de todas las clases sociales y en todo tipo de condiciones, desde hierbas abortivas o actos violentos practicados por las propias mujeres, hasta abortos efectuados en clínicas con personal calificado. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS-1997) <sup>(21)</sup> en todo el mundo se practican 50 millones de abortos por año. En Estados Unidos, Canadá, Europa y algunos países de Asia, la mayoría son realizados legalmente, pero en el resto del mundo se practican de manera clandestina unos 20 millones de abortos provocando la muerte de 78 mil mujeres. Casi la totalidad de las muertes asociadas al aborto inseguro (99%) ocurren en países con altos niveles de pobreza y marginación social. Se considera que en América Latina se realizan más de 4 millones de abortos inseguros al año, que equivalen a 30 abortos inseguros por cada 1000 mujeres en edad reproductiva y más de un aborto inseguro por cada 3 nacimientos. El aborto inseguro es la primera causa de muerte materna entre mujeres de 15 a 39 años en América Latina. Por obvias razones existe muy poca información acerca del aborto clandestino en todo el mundo y sólo se dispone de algunas aproximaciones.

Por la falta de estadísticas confiables, la mayor parte de la información acerca del aborto clandestino se basa en testimonios orales y algunos datos de hospitales. En un estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher <sup>(22)</sup> y varios expertos en el tema del aborto de Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, se logró obtener una visión más amplia de lo que ocurre en América Latina. Con las grandes transformaciones económicas, sociales y culturales se ha modificado la idea sobre el número de hijos que

(21) Organización Mundial de la Salud. Unsafe Abortion. Ginebra, Suiza. 1998.

(22) The Alan Guttmacher Institute. El aborto clandestino, una realidad latinoamericana. 1994.

desea tener una pareja, en lo que respecta al desarrollo de estrategias de planificación familiar, se puede afirmar que se han adoptado con éxito el uso de anticonceptivos que se ha venido incrementando de manera importante en los últimos 30 años, en la población femenina en edad fértil ha aumentado la esterilización a edades cada vez más tempranas, así que la tasa de natalidad ha descendido radicalmente. El tamaño promedio de la familia en América Latina ha bajado en casi 45% desde principios de los sesenta, de cerca de 6 hijos por mujer a un poco más de 3.

El tipo de método anticonceptivo usado varía entre los diferentes países. La esterilización femenina es el método más usado en Dominicana (elegido por el 26% de mujeres de 15 a 44 años), en Brasil el 18% y en México el 13%. El uso de la píldora anticonceptiva o de inyecciones hormonales en Brasil y Chile (cerca del 16%) y el uso del dispositivo intrauterino en Chile (28%). Los métodos más usados en Perú (16%) son el ritmo y el coito interrumpido. El diafragma, los espermicidas y otros tipos de anticonceptivos locales, son poco usados en estos países. El uso de los preservativos y la vasectomía es poco frecuente. (23)

La planificación familiar en América Latina, es por lo regular una responsabilidad que mayoritariamente recae en la mujer, la cual depende en general de los anticonceptivos orales, la esterilización femenina, el dispositivo intrauterino o los métodos tradicionales para evitar los embarazos no deseados. Este estudio revela también que muchas parejas no usan ningún método de planificación familiar o no los usa correctamente a pesar de no desear más hijos.

Los factores que determinan que las parejas no usen anticonceptivos son muchas y muy variadas, algunos tienen relación con la falta de acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar, otras causas se deben a factores culturales, actitudes personales, vivir

(23) The Alan Guttmacher Institute. (Op. cit)



lejos de las clínicas, desconocer dónde se encuentran los servicios, o por falta de recursos económicos, miedo a los efectos secundarios de los métodos, miedo a la reacción de la pareja cuando ésta no está de acuerdo, por no tener una pareja estable, por ignorar la forma correcta de utilizarlos. De esta manera se identifican tres grupos principales de mujeres con necesidad de acceso a servicios de planificación:

1. Las que no desean tener más hijos o las que no desean tenerlos dentro de los próximos dos años, pero que no están usando ningún método anticonceptivo, por lo cual corren un alto riesgo de quedar embarazadas.
2. Las que no desean tener más hijos o las que no los desean dentro de los dos próximos años y que usan métodos anticonceptivos tradicionales (ritmo, retiro, etc.) ya que éstos proporcionan menor protección contra el embarazo que los llamados métodos modernos.
3. Mujeres embarazadas como consecuencia de una falla en el uso de su método anticonceptivo, o sea que han quedado embarazadas a pesar de no haberlo deseado.

De lo anterior resulta que entre un 19% y un 34% de todas las mujeres de 15 a 44 años en los seis países están insuficientemente protegidas, por lo tanto necesitan más servicios de planificación familiar y mejorar los métodos para evitar embarazos.

La falta de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos cada vez es menor, por ejemplo cerca del 90% de las mujeres de Brasil, Colombia, México, Perú y Dominicana están informadas sobre la píldora y casi el mismo número conocen de la esterilización femenina, el conocimiento de otros métodos como el diafragma, el preservativo y los espermicidas es también común, pero no todas las mujeres que saben de la existencia de estos métodos, necesariamente saben cómo usarlos correctamente. (24)

(24) The Alan Guttmacher Institute. (Op. cit.)

En el estudio realizado por el Instituto Alan Guttmacher se entrevistaron a especialistas en el tema y no directamente a las mujeres que abortan, sin embargo, los resultados reflejan grandes similitudes entre los países en que se realizó dicho estudio. Por ejemplo, podemos decir que las mujeres usan una gran variedad de métodos para interrumpir los embarazos no deseados, las técnicas van desde procedimientos modernos, eficaces y seguros, como la dilatación quirúrgica, el curetaje y la aspiración por vacío realizada en consultorios médicos o en clínicas especiales hasta una amplia gama de métodos populares usados por las propias mujeres o recomendados por curanderas, como son: agua de borraja, calabaza, comino, flor de retama, pepitas de calabaza, perejil, cilantro, roble y aguacate, ruda, cerveza con aspirina, alumbre, formol, cloro, vinagre, etcétera.

En Brasil y en menor cantidad en Colombia y Dominicana, la administración vaginal y oral del misoprostol o cytotec, se ha desarrollado rápidamente desde 1990, este fármaco aprobado originalmente para tratar úlceras gástricas y duodenales, es una prostaglandina que hace contraer los músculos uterinos, con la consiguiente hemorragia y expulsión parcial o completa del contenido del útero. Otros métodos son: la aplicación vaginal o ingestión oral de infusiones de hierbas, la inyección o ingestión oral de hormonas, la introducción de sondas y la utilización de métodos violentos, como golpes, caídas, la introducción de sondas con fluidos tóxicos, como permanganato, quinina, vinagre o líquidos jabonosos, también se introducen sondas sin líquido para provocar la hemorragia, las mujeres en su desesperación se introducen palos, tallos, pedazos de alambre y hasta agujas de tejer.

En las zonas rurales, la mayoría de las mujeres pobres se provocan el aborto ellas mismas o buscan la ayuda de alguna persona empírica, sin capacitación. En las zonas urbanas, una gran mayoría de las mujeres pobres acuden a personas sin capacitación o se provocan el aborto ellas mismas, pero se estima que cerca del 40% usan los servicios médicos, parteras capacitadas o enfermeras. Las mujeres de las zonas urbanas con mayores recursos generalmente acuden a profesionales de salud capacitados, médicos, parteras, enfermeras, para hacerse un aborto.

Las mujeres colombianas, dominicanas y mexicanas pobres que viven en las zonas urbanas, tienen aparentemente mejores posibilidades que las mujeres de otros países, de acudir a un médico, una partera capacitada o una enfermera.

La probabilidad de complicaciones al abortar es mucho más elevada cuando la mujer se lo practica por sí misma o acude a una persona sin capacitación, que si es atendida por un médico, por una partera capacitada o por una enfermera, también las mujeres pobres corren más riesgo que las mujeres de altos ingresos, ya que han sido mal alimentadas desde su niñez y muchas de ellas presentan anemia o desnutrición, además de que los servicios que tienen a su alcance son de bajos recursos, con escasos medicamentos, se encuentran apartados de los pueblos y a veces en condiciones insalubres. Se estima que más de 5 de cada 10 mujeres rurales pobres y cerca de 4 de cada 10 mujeres urbanas pobres, comparadas con un poco más de 1 de cada 10 mujeres urbanas con ingresos altos, tienen complicaciones por un aborto inducido. La tasa de complicaciones por aborto entre las mujeres urbanas pobres se ha incrementado considerablemente, esto se puede deber a la migración rural hacia las ciudades, en la década de los 70 el 58% de los latinoamericanos vivía en las ciudades, en la década de los 90, esta cifra se incrementó al 72%.

El manejo de la economía a nivel mundial ha hecho que las poblaciones que viven en condiciones de pobreza se hayan incrementado de manera acelerada en toda Latinoamérica, esto ha influido en el aumento de la proporción de mujeres que sufre complicaciones por abortos clandestinos. También la necesidad de no tener más hijos por razones económicas, ha hecho que la demanda para abortar se haya incrementado de manera considerable. No todas las mujeres que tienen complicaciones del aborto son atendidas en hospitales y menos en los países en donde éste es ilegal, el temor que representa enfrentarse a la ley hace que muchas mujeres desistan de acudir al médico, algunas de ellas se desangran hasta morir por una perforación de matriz o por infecciones desarrolladas después del aborto, de tal manera que las mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto, sólo representan una mínima parte del total.

En este estudio los especialistas calcularon que 1 de cada 5 mujeres en Perú y Colombia y 1 de cada 3.5 mujeres en Brasil que había tenido un aborto inducido, podrían ser hospitalizadas para el tratamiento de las complicaciones. En Chile, México y Dominicana la proporción es aproximadamente 1 de cada 4 mujeres. En México en el año 1990 se tienen registrados 118,790 casos hospitalizados en donde se incluyen abortos espontáneos.

Las estimaciones realizadas por el Instituto Alan Guttmacher calculan 2.8 millones de abortos que se provocan todos los años en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, como la población de estos países representa cerca del 70% de la población total de América Latina, si se hace un estimado de toda la región, resultan unos 4 millones de abortos inducidos por año en Latinoamérica. (25)

América Latina es una de las regiones con mayor crecimiento demográfico del mundo, en 1960 el total de su población era de 296 millones de habitantes y en 1986 había alcanzado cerca de 393 millones de habitantes, indicando así un crecimiento de más de un 3%. Su producto interno bruto en la década de los ochenta era de 483 mil millones de dólares mientras que el de Estados Unidos era de 4,169 mil millones de dólares, cinco veces más que toda América Latina, teniendo una población aproximada de 250 millones de habitantes.

(25) The Alan Guttmacher Institute. (Op. cit).

### C. El papel de las Iglesias frente al aborto.

En relación al tema del aborto, la posición de las diferentes Iglesias en el mundo a lo largo de toda la historia, han tenido una gran diversidad de opiniones y no se han podido unificar los criterios. Existe un poco de flexibilidad en muchas de las religiones, las mujeres de cada fe, incluso aquellas con las enseñanzas más estrictas en contra del aborto, han desafiado a sus respectivas creencias y han utilizado el aborto como un medio necesario para terminar con un embarazo no deseado. A continuación se describen las posiciones de las diferentes Iglesias, cristianas y no cristianas con relación al aborto (la postura de la Iglesia católica se tratará más adelante, cuando se exponga la situación del aborto en México por ser este un país mayoritariamente católico).

#### Iglesias Cristianas.

##### 1. Iglesia Anglicana.

El anglicanismo es una rama del cristianismo cuyas congregaciones siguen el mismo culto que la Iglesia de Inglaterra (los fieles estadounidenses llaman a su Iglesia Episcopal o Iglesia Episcopal Protestante), nació cuando Enrique VIII declaró que el rey y no el Papa, sería la cabeza del catolicismo en Inglaterra, luego de habersele negado la anulación de su matrimonio con Catalina de Aragón. Esta razón fue circunstancial ya que en realidad hubo antes, cien años de protestas del pueblo inglés contra la enorme carga económica que representaba mantener a la Iglesia y contra la autoridad del Papa, en general coincide con el catolicismo romano, pero no reconoce la autoridad del Papa. No existe la idea del cielo y el infierno como lugares físicos, sostiene que después del juicio final Dios creará de nuevo al hombre con un cuerpo espiritual.

Existe alguna división en la política del aborto en la Iglesia Anglicana; mientras en 1980 el sínodo 29 rechazó el aborto por razones de conveniencia económicas o sociales, en 1983 un subgrupo de esta Iglesia sostuvo que en las circunstancias de penalidades económicas reales, el aborto puede ser una opción moral que no debe negarse a la mujer. El derecho fetal a la vida, es un derecho disminuido si la mujer corre un grave riesgo de perder su salud o la vida misma.

En 1989 la Iglesia Anglicana tomó una posición y declaró que el aborto sólo se permitirá en casos donde el embarazo pone en peligro la salud física o mental de la mujer y que el aborto nunca debería usarse, salvo las razones terapéuticas serias, recomendó el apoyo económico y social para mejorar las condiciones de las mujeres embarazadas.

## 2. Iglesia Bautista.

Esta Iglesia no tiene fundador identificado, surge en el siglo XVII como una escisión del anglicanismo, se fundó en Amsterdam en 1608 por puritanos ingleses que huían de la persecución religiosa. La Biblia es la máxima autoridad religiosa y admiten la Trinidad, el individuo se salva por su fe en Cristo y por la gracia de Dios, la mayoría está en Estados Unidos.

Hasta 1984, la Convención Bautista Regional de Ontario y Quebec aceptó el aborto cuando el embarazo constituye una grave amenaza a la vida de la mujer o a su salud, cuando hay riesgo de un niño deforme y cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto.

Actualmente Canadá permite el aborto sin restricciones, inclusive la ley no indica límite gestacional. Otros países del continente americano que permiten el aborto sin restricciones son: Cuba, Estados Unidos y Puerto Rico.

### 3. La Iglesia Luterana.

Surge de la reforma religiosa iniciada por el agustino Martín Lutero en el siglo XVI y sostiene: “La salvación sólo se obtiene por la gracia de Dios”. Entró en conflicto con el catolicismo por vender indulgencias como medio de obtener el perdón de los pecados. Lutero fue excomulgado, el principio básico del luteranismo es que el hombre se salva por medio de la fe en Dios y no por sus buenas obras o méritos .La mayoría está en Europa y Estados Unidos.

La Iglesia luterana está profundamente dividida en relación al aborto, mientras se hacía difícil mantener una política oficial por parte de esta Iglesia, en una convención de 1989, la Iglesia adoptó un estado intermedio, no había ningún acuerdo en las circunstancias especiales para que el aborto tuviera lugar, sin embargo la Iglesia luterana de Canadá rechazo el aborto como una opción moral, excepto en la prevención de la muerte de la mujer.

### 4. Iglesia Presbiteriana.

Esta Iglesia se deriva de la rama evangélica del protestantismo y su fundador fue Juan Calvino en Ginebra Suiza, del luteranismo toman la doctrina de la predestinación. La confesión de Westminster es la base del credo presbiteriano y sostiene que la Biblia es la única regla infalible de fe y práctica, Dios y no el individuo es el que determina el destino del hombre, la Trinidad, el cielo y el infierno son realidades. Esta Iglesia sostiene que el aborto podría ser lícito sólo si un embarazo pone en peligro la vida de la mujer o existe la posibilidad de dañar su salud física o mental de manera permanente o prolongada.

## 5. Judaísmo.

Es la más antigua de las religiones monoteístas reveladas, deriva de Judea, nombre del reino judío fundado por Abraham, sus descendientes permanecieron esclavizados en Egipto hasta el siglo XIII A.C. cuando los liberó el profeta Moisés, quien recibió de Dios los Diez Mandamientos que constituyen la base del judaísmo.

Existen más de 13 millones de judíos en el mundo, de los cuales las dos terceras partes están en Estados Unidos e Israel, el resto está en diversos países. El judaísmo no es una doctrina por la que se pueda optar, por ello no realiza ninguna clase de proselitismo, ser judío exige tener esta ascendencia.

En el judaísmo el aborto está permitido por razones terapéuticas, cuando la vida de la mujer está en peligro, la vida de la mujer está por encima de la vida potencial del feto, que no es considerada como vida plena hasta el momento de su nacimiento.

No hay ninguna posición judía unificada con respecto al aborto, los rabinos conservadores no tienen una sola visión, algunos afirman que sólo la angustia mental es suficiente para que una mujer pueda abortar. Las autoridades ortodoxas están de acuerdo que las mujeres deben consultar a sus rabinos. Los rabinos en la reforma del Judaísmo generalmente toman una posición hacia que la decisión debe ser efectuada por la mujer. No existe un grupo oficial que de su postura para todo el Judaísmo, pero la Conferencia Central de Rabinos Americanos, así como la Unión de Congregaciones Hebreas Americanas que representan el movimiento de la Reforma, apoya el derecho de la mujer a la opción moral y responsable. (26)

(26) [www.ctv.es/users/sexpol/sexualidad\\_y\\_cristianismo.h.t.m](http://www.ctv.es/users/sexpol/sexualidad_y_cristianismo.h.t.m).



No cristianas.

## 1. Budismo.

Esta religión fue fundada por Buda, según su credo, el Nirvana se alcanza por la continencia, la vida moralmente recta, la abstención de bebidas alcohólicas y la continua meditación sobre la vanidad del deseo.

Los budistas creen en la reencarnación, piensan que cada uno de nosotros nace de nuevo y de nuevo, por un ciclo de vida. El destino de uno en esta vida y la próxima, se controla por la ley karmica y uno aumenta el karma bueno y malo a través de los hechos, palabras y pensamientos.

La vida es descrita en términos de mente y materia, los cuales continuamente se rompen y se vuelven a juntar. Los budistas caracterizan todas las formas de vida, incluso los animales, como seres sensibles que son hechos de mente y cuerpo en una relación simbiótica.

Un huevo fertilizado es considerado un ser sensible y el aborto es sinónimo de matar. Para dispersar cualquier karma malo por haber tenido un aborto, se deben observar ciertos rituales por la mujer. No obstante, una posición de la religión budista, es que el aborto puede ser una decisión elegida por la mujer.

## 2. Hinduismo.

El Hinduismo es un conjunto de doctrinas, ritos y creencias que a partir del brahmanismo se han desarrollado en la India desde el siglo IX. El cuerpo del Hinduismo está contenido en el Ramayana, el Mahabharata y los Vedas. El principio moral consiste en no dañar a ningún ser vivo.

Al igual que el budismo, los hindús creen que cada uno de nosotros nace y renace por un ciclo de vida y el aborto es sinónimo de matar y por consiguiente incoherente con sus creencias, sin embargo médicamente se toleran los abortos con fines terapéuticos.

## 3. Islamismo.

El Islamismo es un conjunto de dogmas y preceptos de la religión de Mahoma, su libro sagrado es el Corán y la tradición oral Sunna, sumados a lo dicho por Mahoma forman la ley islámica (Sharía). Sus dogmas consisten en reconocer la unicidad divina, creer en los ángeles, Mahoma, el Corán y el juicio final. La comunidad islámica se escindió en tres grupos: suníes, jarichíes y chiíes. A raíz de la revolución iraní (1978-1979) el islamista chiíta sea convertido en una fuerza política muy activa en el mundo árabe (lo que se conoce con el nombre de fundamentalismo).

La mayoría de musulmanes permite el aborto, aunque ellos difieren en el límite de la fase de desarrollo fetal para realizarlo. Esta doctrina está de acuerdo en que después de la fase en donde el alma llega al cuerpo está prohibido el aborto, excepto para salvar la vida de la mujer. Un grupo permite el aborto hasta antes de los 120 días después de la concepción, otro grupo lo prohíbe ya en los 80 días e incluso existe otro grupo que a los 40 días después de la concepción, lo rechaza.

Por otro lado existe una minoría que tiene una visión muy estricta en cuanto al aborto y en donde se afirma que en el mismo minuto en que el semen entra al útero, ya está en camino de tener alma el embrión.

Las diversas posiciones de las Iglesias frente al aborto influyen de manera muy importante en la decisión que tomaran las mujeres ante un embarazo no deseado, estas creencias que desde muy pequeñas les son inculcadas a la mayoría de ellas pesan en esta elección y cuando la mujer se decide por el aborto, en algunos casos tiene que padecer el sentimiento de culpa que la religión le señala. (27)

(27) [www.ilustrados.com/publicacionesEEKyyyZFAppAUFUFCb.php](http://www.ilustrados.com/publicacionesEEKyyyZFAppAUFUFCb.php)

## CAPÍTULO IV. EL ABORTO EN LA SOCIEDAD MEXICANA. LA DOBLE MORAL.

El aborto en nuestra sociedad mexicana es interpretado con una doble moralidad. ¿Quién tiene doble moral? Podemos mencionar a las estructuras institucionales, las autoridades gubernamentales, la Iglesia y a la sociedad misma en su conjunto.

Para empezar, las leyes en México muestran diferencias ya que los códigos penales de los diferentes estados de la república han legislado de manera independiente al respecto, por ejemplo en Guanajuato sólo es permitido el aborto por violación o cuando es imprudencial, mientras que en Yucatán, además de los anteriores, se contempla por peligro de muerte, el llamado eugenésico y por motivos económicos.

Cuando acuden las mujeres que han sido violadas ante el ministerio público, difícilmente se les extiende una orden para que puedan abortar en algún centro de salud, a pesar de que es totalmente legal, esto ocasiona que las mujeres pobres busquen ayuda en lugares insalubres y con personas de dudosa capacidad que les llegan a perforar la matriz y les provocan hemorragias y hasta la muerte, mientras que las que sí pueden pagar, lo hacen con doctores y en hospitales acondicionados para tal efecto.

Las autoridades gubernamentales manejan un doble discurso con el cual quedan bien con la sociedad y con la Iglesia, son conservadores hasta cierto punto, pero tolerantes con el aborto, de esta manera no pierden votantes y ayudan a disminuir el crecimiento demográfico.

La Iglesia condena el aborto, pero se muestra indiferente ante el trato físico y psicológico que la madre dará al niño no deseado, además al no permitir ningún método anticonceptivo que no sea el ritmo, cierra cualquier posibilidad de solución a un embarazo no deseado.

La sociedad no acepta abiertamente el aborto, pero sabemos que gran parte de ella ha tenido que recurrir a él por diversas circunstancias. En este capítulo veremos la legislación sobre el aborto en México, la opinión de la Iglesia católica, las condiciones en que se aborta, las consecuencias físicas y psicológicas del aborto, el rechazo social para la mujer que aborta, la planificación familiar para evitar el embarazo en adolescentes y el aborto como recurso para víctimas de violación.

#### A. Legislación actual sobre el aborto en México.

Las leyes mexicanas nos dicen que la práctica del aborto es ilegal, sin embargo los códigos penales establecen siete circunstancias en las que no se considera al aborto como delito, lamentablemente no existe una homologación para las diferentes entidades del país, estas circunstancias son las siguientes:

1. Cuando el embarazo es resultado de una violación.
2. Cuando el aborto es provocado accidentalmente o sea de manera imprudencial.
3. Cuando a juicio del médico el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.
4. Cuando el feto tiene malformaciones congénitas o genéticas (se denomina genéricamente *razones eugenésicas*).
5. Cuando de continuar con el embarazo se provocaría un grave daño a la salud de la mujer.
6. Cuando el embarazo es producto de una inseminación artificial no deseada.
7. Cuando la mujer tiene razones económicas para interrumpir el embarazo y es madre de tres hijos.

Los diferentes estados de la República tienen diferentes códigos penales y de estas siete razones, sólo la primera es válida en todo el territorio nacional. Veintinueve estados contemplan el aborto imprudencial y veintiocho no penan el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer, así que podemos concluir que en México por lo general no se castiga el aborto por violación, por imprudencia y por peligro de muerte, el resto de las causas de aborto no punible varía de un estado a otro.

En el caso de la violación, los treinta y un estados y el Distrito Federal no penan el aborto, aunque en diez estados la ley contempla plazos para la interrupción que en general son los tres primeros meses de gestación, estos estados son: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, Oaxaca, Quintana Roo y Veracruz.

El imprudencial no se castiga en veintinueve estados, el aborto por peligro de muerte no se castiga en 27 estados, el eugenésico en trece, el aborto por grave daño a la salud de la madre en nueve estados no es punible, por inseminación artificial no consentida en ocho estados y por razones económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos, solamente no se castiga en Yucatán.

La penalización para las mujeres que abortan y las personas que les ayudan no es la misma en cada uno de los estados de la República ya que cada entidad federativa elabora su propio Código Penal y establece la pena que considera pertinente en cada situación.

Por ejemplo Tlaxcala es el estado que impone las penas al aborto inducido más reducidas para la mujer y quien le ayuda, sólo se contemplan entre quince días y dos meses de prisión, en contraste, las leyes de la mayoría de los estados del país establecen la pena de uno a cinco años de prisión a la mujer que aborta y lo mismo para la persona que la haga abortar. (28)

(28) TARACENA, Rosario. (Op. cit.)

Las leyes que penan el aborto en México, en términos generales no se cumplen ya que la capacidad de las cárceles quedaría rebasada totalmente, si calculamos que según estimaciones, ocurren 850,000 abortos inducidos anuales y en el supuesto caso de que sea una sola persona la que ayude al aborto, no habría espacio para 1,700,000 personas en prisión al año, además de las que ya se encontrarían ahí de años anteriores, de tal manera que estas leyes sólo se ajustan a un criterio en el papel pero imposibles de llevar a cabo.

Ahora, en los casos donde sí es legal el aborto, tampoco se cumple y esto se debe a diversos factores, por ejemplo, las mujeres en su mayoría desconocen lo que dice la ley en su entidad, por lo tanto no saben las circunstancias en las que sí tendrían derecho a un aborto legal (ver cuadro de entrevistas a mujeres de Ecatepec). En algunos casos donde sí conocen la ley, no está muy claro a dónde acudir o qué pasos seguir para solicitar un aborto, como en el caso de una violación, la ausencia de reglamentos claros y la falta de información, dificulta el cumplimiento de las disposiciones de los códigos penales. Tampoco existe una coordinación entre el Ministerio Público y el Sector Salud para llevar a cabo el aborto legal por medio de una orden.

En una entrevista que me concedió el Dr. Alfaro, Jefe de Enseñanza del Hospital de Salubridad Dr. José María Rodríguez, ubicado en Ecatepec, afirmó que en todos los casos de aborto inducido en diez años que tiene trabajando para este Hospital nunca recibió orden alguna del Ministerio Público aunque se tratara de una violación. También comentó que todos los casos de aborto recibidos en dicho Hospital son tratados sin cuestionamiento alguno, trátase de abortos inducidos o de abortos espontáneos. Las autoridades quedan al margen de estos abortos ya que no se les notifica, inclusive en los archivos médicos no queda especificado el tipo de aborto, sólo las condiciones en que viene la paciente y el tratamiento realizado a la misma.

Existe un vacío en las leyes ya que se contemplan diversas penas a las mujeres que incurrir en un aborto, pero en los casos en que sí se tiene derecho a un aborto, cuáles serían las penas para las personas que se negaran a practicarlo aún teniendo la orden del Ministerio Público, como fue el caso de Paulina.

En lo que respecta al aborto eugenésico, los trastornos que puede presentar un feto son diversos y dependen de diferentes causas, puede haber alteraciones en los cromosomas en el momento de la división de las células germinales o puede haber defectos en algún gene determinado, o sea, en alguna sección de un cromosoma particular que se transmite de padres a hijos, estas anomalías dan origen a las enfermedades llamadas genéticas, como el Síndrome de Down que afecta a los hijos de mujeres muy jóvenes o en edad avanzada. En México lo padecen una de cada 334 criaturas de mujeres de 15 años y una de cada 24 criaturas de mujeres de entre 45 y 49 años.

También durante la gestación la mujer puede adquirir algunas enfermedades o transmitirle al nonato otras que ya padece, ejemplo de las primeras es la toxoplasmosis que origina retraso mental en un 80% de los casos (uno de cada mil nacidos). Ejemplo de las segundas es el hipertiroidismo, una de cada 5000 criaturas de mujeres con hipertiroidismo presentan deterioro del sistema nervioso central entre otros males muy graves. Puede darse el caso de que la mujer ingiera sustancias nocivas como la Talidomida muy usada en los años setenta y que provocó el nacimiento de miles de niños sin miembros o con miembros deformados. También la posición del nonato en el útero puede causar malformaciones, todos estos trastornos se generan una vez comenzado el desarrollo del nonato, por lo que se les denomina enfermedades congénitas. Sólo en trece estados se permite el aborto por razones eugenésicas y son los siguientes: Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Distrito Federal (a partir de 2001), Guerrero, Estado de México, Morelos (a partir de 2001), Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán.



Las leyes tampoco contemplan las fallas en los métodos anticonceptivos que podría ser circunstancia de excepción para permitir un aborto legal, sin embargo en la constitución se contempla que: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos” en el artículo 4°.

La ley Robles. La Asamblea Legislativa del Distrito Federal en el año 2000, modificó la ley para permitir el aborto en caso de que el embarazo fuera producto de una inseminación artificial no consentida y también el aborto eugenésico. En caso de violación, es el Ministerio Público quien debe girar la orden para la interrupción del embarazo.

El 24 de abril de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la ciudad de México hasta las doce semanas de gestación. La Secretaría de Salud cuenta con 14 hospitales que prestan este servicio. La directora del Grupo de Información en Reproducción Elegida, (GIRE) María Luisa Sánchez Fuentes afirma que desde abril de 2007 al primer trimestre de 2008, 6,499 mujeres solicitaron una ILE, de estas mujeres, más del 80% son católicas, 16% son estudiantes, 29% empleadas y 38% son amas de casa. Más del 50% son solteras, 80% viven en el Distrito Federal, el 14% en el Estado de México y el 6% proviene de otras entidades federativas. Además 13,000 mujeres han tenido acceso a información y consejería en anticoncepción. (29)

Existe el Manual de lineamientos y procedimientos para la prestación del servicio médico en la interrupción legal del embarazo, el cual contiene información referente a consideraciones generales, sistema operativo y procedimientos, así como las directrices para el logro de los objetivos institucionales, entre los puntos que destacan se encuentran:

1. Exención de pago. El ILE es de forma gratuita.
2. Se efectuará cuando haya peligro de muerte o el producto sufra de alteraciones genéticas o congénitas y se cuente con el consentimiento de la madre.

(29) [www.convencion.org.uy](http://www.convencion.org.uy)

3. La legalidad está sustentada en: dictamen médico, dictamen legal, dictamen del Ministerio Público.
4. Trato digno, respetuoso y confidencial.
5. El personal proporciona información objetiva sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias para que las mujeres puedan tomar la mejor decisión mediante consentimiento, en caso de ser menor de edad, estar inconsciente o tener retraso mental, firmarán los padres de familia.
6. La obstrucción en el acceso a la interrupción legal del embarazo, es causa legal de responsabilidad de los servidores públicos y motivo de sanción (30).

#### B. El papel de la Iglesia Católica.

A principios del siglo XXI, aún se discute el tema de los anticonceptivos y el aborto sin llegar plenamente a una conclusión. La Iglesia católica aboga por una paternidad responsable pero no permite que sus fieles ejerzan esa responsabilidad teniendo sólo los hijos que pueden mantener y educar, sin embargo la gran mayoría de la comunidad católica utilizan métodos anticonceptivos y muchas mujeres católicas han abortado por diversas razones.

La concepción patriarcal que aún se tiene en el Vaticano en donde la función de la mujer debe ser la de virgen, esposa y madre se ha mantenido durante siglos. La idea de que el uso de anticonceptivos será factor desencadenante de adulterio, son algunos de los criterios que no han permitido tener un diálogo más abierto con las necesidades de las mujeres para evitar un embarazo no deseado.

(30) <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/INTERRUPCIONEMBARAZO.pdf>

Las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA no han modificado en lo absoluto la posición de la Iglesia ante su negativa del uso del condón. Cuando le preguntaron al padre Peter Stravinskias, catedrático de Teología de la Universidad de St. John si preferiría que un joven muriera de SIDA en lugar de usar preservativo, contestó: “Hay cosas peores que morir de SIDA, por ejemplo, morir en estado de pecado mortal”. Esto refleja la posición de la Iglesia católica ante los anticonceptivos y de aquellos que los usen, no importando el desgaste físico de sucesivos embarazos, embarazos precoces o tardíos, ni las miles de muertes maternas por aborto, o los embarazos por violación, etcétera.

Desde la antigüedad, la gente ha recurrido a diversos mecanismos para evitar la concepción: condones de piel de animales, el coitus interruptus, la masturbación, diversos alimentos, la magia, ungüentos vaginales como la sábila y estiércol de animales hasta lana y gusanos.

Para entender la posición de la Iglesia católica contra la anticoncepción debemos tener presente que la anticoncepción y la sexualidad en general son temas que fueron alimentados de diversas doctrinas sexistas y antisexuales anteriores al Cristianismo. Los griegos creían que el sexo debilitaba a los hombres y debía ser evitado en verano. Aristóteles decía que las mujeres eran moralmente inferiores y que se les consideraba como “hombres mutilados”, estos escritos fueron fundamentales para la posición de Sto. Tomás de Aquino con respecto a la mujer.

La doctrina cristiana en su más temprana etapa está llena de contradicciones, los gnósticos, contemporáneos de los primeros cristianos, desestimaban tener hijos porque la procreación perpetuaba “el mal del mundo material”. En esta misma época, las normas sexuales gnósticas iban desde la continencia total hasta la creencia de que el sexo era necesario para la salvación. Los romanos precristianos, no pertenecientes a la cultura judeocristiana, sentían poca consideración hacia los niños pequeños, el infanticidio era socialmente aceptado en determinadas circunstancias, así como la tolerancia a la promiscuidad masculina.

Las primeras autoridades cristianas recurrieron al estoicismo, que era el hombre sabio, sin emociones que sólo actuaba por un motivo específico, de tal manera que el acto sexual sólo debía realizarse para la procreación, aún después de contraer matrimonio, la abstinencia sexual era considerada hasta cierto punto habitual. Según Clemente de Alejandría “Realizar el coito con un fin que no sea la procreación constituye una injuria contra la naturaleza”.

Las nociones erróneas en materia de Biología, contribuyeron también a condenar la anticoncepción. Tertuliano, teólogo del siglo III, sostenía que el semen contenía individuos que sólo esperaban nacer, este pensamiento respaldaba la necesidad patriarcal de reforzar la propiedad paterna de los niños y formaba parte de la tradición judía de la cual surgió el Cristianismo. Este error de Tertuliano generó un segundo error, la creencia de que la eyaculación fuera del recipiente, que era la mujer, mataba a los individuos-semilla, esta idea fue divulgada por San Jerónimo en el siglo IV y añadió que “el hombre que ama de una forma demasiado ardiente a su esposa, es un adúltero”.

San Agustín (354-430) fue quien introdujo más elementos antisexuales en la tradición católica y quien durante más de un milenio dominó la teología moral. Fue honrado como Padre, Obispo y Santo a pesar de haber llevado una juventud lujuriosa. San Agustín proclamó la procreación como principal meta del matrimonio.

El primer ordenamiento papal contra el control de la natalidad surgió en 1230, cuando el papa Gregorio IX recopiló los Decretales de obligatoriedad universal, la dura condena en los decretales de la anticoncepción como asesinato entra dentro del patrón de severidad de Gregorio, el creador de la Inquisición en el tratamiento de los herejes. El tema principal de aquella época era si la búsqueda de placer en el sexo era un pecado venial o debía considerársele como pecado mortal, el papa Inocencio III se inclinó a considerarlo como mortal.

La vida en los monasterios era rigurosamente cuidada para que el celibato no se rompiera, estas ideas eran promovidas por los Obispos y los Papas por una razón muy práctica: la Iglesia tenía un interés que no era propiamente el de la virtud, sino un interés económico de que los clérigos no tuvieran herederos con reclamaciones a las propiedades de la Iglesia, un clero célibe era lo más apropiado para cimentar el poder eclesiástico en manos de unos pocos.

El Papa Sixto V, en 1588 emitió la Bula *Effraenatam* (Sin restricción) que usaba el término asesinato para referirse al control de la natalidad, esta Bula aplicaba para la anticoncepción y el aborto las penas asignadas al homicidio, estaba dirigida en gran parte, contra la actividad sexual del clérigo, asignando a la anticoncepción penas que podían aplicarse solamente a personas que hubieran recibido las Órdenes Sagradas. De alguna manera sirvió de freno al adulterio y a la prostitución, la meta era erradicar el pecado sexual fuera del matrimonio. El Papa Sixto condenaba el comportamiento que limitara el crecimiento demográfico ya que las hambrunas en Roma en 1578 y 1583, así como la peste en 1581 habían diezgado considerablemente la población. Sin embargo, tres años después de la Bula, su sucesor derogó todo, excepto la pena referida al aborto.

En la Edad Media, la idea contra la anticoncepción y el acto sexual sin fines procreativos están ligados al temor hacia las mujeres, en plena cacería de brujas, las mujeres que daban anticonceptivos a otras eran consideradas brujas por utilizar la magia pagana. La Bula contra las brujas del Papa Inocencio VIII emitida en 1484 denunciaba a hechiceras que impedían a los hombres engendrar y a las mujeres concebir. La mujer era considerada como “espiritualmente deficiente” y se decía que “estaba más inclinada a lo carnal que el hombre, como se puede apreciar por las tantas cosas obscenas que hay en ella”

Sto. Tomás de Aquino afirmaba que la anticoncepción viola el orden natural porque el sexo es claramente la vía natural de propagar la especie, pero hizo posible una reforma moderada, al decir que el acto sexual matrimonial es bueno y por consiguiente, también lo

es el placer del mismo. Las tendencias sexuales humanas podían finalmente ser consideradas como buenas, los teólogos defendían el sexo como legítimo cuando se realizaba para satisfacer las demandas sexuales del otro integrante de la pareja o inclusive cuando se realizaba el acto sexual marital, no tanto para procrear, sino para evitar la tentación de cometer adulterio.

En el siglo XVI, restringir las relaciones sexuales para evitar tener demasiados hijos alcanzó la aprobación teológica. La pobreza y la necesidad de brindar una educación a los hijos eran aceptadas como fundamento para limitar la actividad sexual, inclusive en contra de los deseos de uno de los cónyuges. (31)

A fines del siglo XVIII resurgió la oposición frente a la anticoncepción. Una de las causas fue el importante descenso del índice de natalidad en Francia, el país católico más importante. En los últimos treinta años del siglo, la tasa de natalidad de Francia había disminuido un 17%. En tanto que en Italia, las parejas habían adoptado el control de la natalidad más temprana y gradualmente. (A mediados del siglo, en el período previo a la etapa en que los adelantos médicos disminuyeron la mortalidad, las muertes superaban en Francia a los nacimientos).

En el siglo XIX, los teólogos desarrollaron el “Probabilismo” cuando el crecimiento del Protestantismo resultó en el derrumbe de un riguroso consenso sobre cuestiones morales, la gente quería saber cuando podían tomar una posición liberal de disenso con respecto a una enseñanza tradicional.

La Iglesia aceptó el punto de vista de los teólogos que una dudosa obligación moral no podía ser impuesta como si fuera certeza. “*Donde hay duda, existe la libertad*” (Ubi dubium, ibi libertas) fue el principio del Probabilismo.

El teólogo católico Daniel Maguire, profesor de Teología y Ética en la Universidad de Marquette, escribe acerca de la relevancia del Probabilismo con respecto al aborto:

(31) HURST, Jane. La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica. 2002.

“El Probabilismo significa que en última instancia la decisión moral está en manos de uno mismo. La probabilidad surge de la intuición propia o de los expertos confiables. No depende, por lo tanto del permiso de las autoridades”. En la práctica el disenso privado no fue visto con buenos ojos por la Iglesia, aunque la teoría del Probabilismo explícitamente lo permitía. El juicio paternalista vigente era que el laico no tendría la perspicacia para llegar por sí mismo a las opiniones probables.

Dos países defendían públicamente el control de la natalidad: Inglaterra y Estados Unidos. Hacia finales del siglo XIX el movimiento del control de la natalidad había obtenido una cantidad significativa de adeptos, pero creció más a principios del siglo XX. Se generalizó la idea de que la superpoblación causaba hambre y guerras.

En Europa, con el control de la natalidad, los índices fueron disminuyendo desde fines del siglo XIX hasta 1930. La caída de la natalidad amenazaba con debilitar a la Iglesia, así como también a las naciones y el sentido de nacionalismo, se transformó en un instrumento de propaganda en la lucha de la Iglesia contra el movimiento de control natal. Después que Prusia derrotó a los franceses en 1870-1871, los católicos responsabilizaron de la derrota militar a la disminuida fertilidad y pronosticaron la decadencia y caída de una Francia subpoblada.

La primera guerra mundial volvió a desatar los temores relacionados con la población, de tal manera que una alianza de clérigos y políticos promulgaron en muchos países, leyes contra la anticoncepción. En la primera etapa de este siglo, el movimiento del control de la natalidad, formaba parte de lo que se consideró como una amenaza más fuerte: el feminismo. Muchos obispos y sacerdotes católicos trataron de ejercer sus influencias para impedir el sufragio de la mujer.

Después de que Estados Unidos adoptó el sufragio femenino en 1920 (siguiendo los pasos de Inglaterra), se siguió atacando al movimiento feminista y al control de la natalidad. En 1944, el presidente de la Conferencia de Obispos de los Estados Unidos, criticó al “feminismo pervertido” que estaba dirigido a alejar a las mujeres del hogar hacia ocupaciones extradomésticas, esta Conferencia consideraba a la paternidad y a la maternidad planificada “una amenaza a la integridad del hogar”.

El Papa Pío XI aprobó en 1951 el método del ritmo para el control de la natalidad. Hasta mediados del siglo, los teólogos consideraban que el ritmo era un método egoísta y peligroso, pero Pío XI facilitó la aceptación del método, al apelar a los objetivos “secundarios” del matrimonio, como el amor, para justificar el sexo no procreativo y al reconocer que algunas parejas tienen motivos serios para evitar los hijos.

Posteriormente el Papa Pío XII declaró que el método del ritmo podía ser adoptado por todas aquellas parejas que tuvieran motivos serios, incluyendo indicaciones médicas, eugenésicas, motivos económicos y sociales, para evitar la procreación y que lo podían adoptar por un largo período, aún quizás durante toda la duración del matrimonio, pero había una restricción que no queda muy clara y que es, que el ritmo no se utilice “habitualmente” a no ser por graves motivos. “De hecho si la salud de una mujer exige que no quede embarazada, ella debe utilizar la abstinencia”.

Otra contribución del Papa Pío XII a la evolución de la Doctrina en materia de anticoncepción fue aceptar, conforme al principio de doble efecto, el uso de la píldora de control de la natalidad con propósitos terapéuticos, aunque su efecto secundario fuera anticonceptivo. Al igual que la esterilización, la píldora es considerada lícita para aliviar fuertes dolores menstruales, aunque no para evitar un embarazo que pueda matar a la madre, para curar una enfermedad, pero no para prevenirla.

Entre 1930 y 1960, por lo menos catorce instituciones y órganos anglicanos, luteranos y calvinistas habían suavizado sus posiciones con respecto a la anticoncepción.



El Papa Juan XXIII convocó en 1962 el Concilio Vaticano II pidiendo a los obispos que lo ayudaran a la actualización de la Iglesia. Sin embargo, el control de la natalidad no ocupaba un lugar en la agenda del Concilio, de hecho, Juan XXIII ya se había pronunciado en contra del control de la natalidad. A fines de 1963, el Papa Juan XXIII había muerto y su sucesor Pablo VI, que era más conservador continuó con la Comisión. En estas reuniones, la mayoría se declaró a favor del ritmo como una forma de ejercer la paternidad responsable y aceptaron que el amor era un elemento central del matrimonio a diferencia de lo expuesto por San Agustín que lo consideraba como secundario respecto a la procreación .

En 1965 el Concilio consideró que el matrimonio está orientado tanto al amor como a la procreación. Las parejas cristianas tienen que decidir honestamente sobre el número de hijos, tomando en cuenta la situación económica de la familia, las condiciones materiales y espirituales de la época y los intereses de la sociedad secular y de la Iglesia. Los estudiosos de la Biblia afirmaban que no hay mandamientos bíblicos contra la anticoncepción. El Papa Pablo VI en julio de 1968, reafirmó la prohibición de la anticoncepción en su encíclica *Humanae Vitae* (de la vida humana) aunque glorificó la excepción hecha al ritmo o abstinencia periódica.

A pocos días de publicada la Encíclica *Humanae Vitae*, surgió un extendido disenso. Los teólogos de una Universidad católica de los Estados Unidos redactaron el 30 de julio una declaración criticando la Encíclica.

En el caso de una doctrina posible de reforma, un católico debe responder con sumisión de la voluntad y del intelecto, según expresaron los obispos del Concilio Vaticano II, en la Encíclica *Lumen Gentium* (La luz de la humanidad). Pero no debe estar sometido hasta el punto de violar su conciencia como agregó el Concilio en *Dignitatis Humanae* (de la dignidad humana) que es una declaración sobre la libertad religiosa. “Si después del estudio, la reflexión y la oración apropiadas, una persona se convence de que su conciencia está en lo cierto, a pesar de estar en conflicto con las doctrinas de la Iglesia, la persona no sólo puede sino que debe seguir los dictados de su conciencia en lugar de las doctrinas de la Iglesia” explica el teólogo Richard McBrien.

El principio del probabilismo da a los católicos el derecho a disentir con la doctrina en materia moral, si existe una probabilidad sólida en favor de la posición disidente. Esta probabilidad puede provenir, ya sea de la propia persona, de la conciencia devota o de las creencias de cinco o seis teólogos de prestigio. La teoría del probabilismo se basa entre otras cosas, en la doctrina de Santo Tomás, de que la ley escrita de la Iglesia es secundaria a la gracia del Espíritu que inspira el corazón de una persona.

Desde la década de los sesenta, el feminismo planteó grandes cuestionamientos a la Iglesia en las áreas de la ética sexual y conyugal y del sacerdocio exclusivamente masculino. La respuesta del Vaticano fue defensiva. La Jerarquía acepta la igualdad de los sexos pero pone el acento en la “complementariedad” y en las diferentes vocaciones para mujeres y varones.

En 1989, 163 teólogos de Alemania Occidental firmaron una protesta llamada “Declaración Colonia” repudiando la conducta autoritaria y las medidas represivas contra los teólogos. Estos teólogos hicieron referencia a la fijación del Papa Juan Pablo II con el control de la natalidad y culpaban al pontífice de deslizarse hacia la “infalibilidad” por la insistencia de que todas las declaraciones del Vaticano deben ser tratadas como exentas de error. El Papa respondió que la posición de la Iglesia en torno a la anticoncepción ya estaba establecida y que no era materia de discusión.

En la prohibición de la anticoncepción lo que está en juego, es el poder. El poder sobre la mujer, el poder de los teólogos y el poder de la Iglesia. En varias publicaciones católicas que tuve oportunidad de consultar, encontré artículos tendenciosos que inducen a la mujer a desistir de un posible aborto por medio del engaño y del miedo.

Podemos concluir que la doctrina oficial de la Iglesia Católica sobre el aborto varía según las diferentes épocas, ésta tiende a ser más estricta en tiempos donde la Iglesia se está defendiendo de enemigos externos y más abierta cuando presenta mayor posibilidad de ejercer el poder.

La Iglesia Católica ha tenido como objetivo la justicia, pero su moral familiar y sexual ha servido para perpetuar precisamente la injusticia y la desigualdad. En la periferia de las grandes ciudades y en las zonas rurales de nuestro país, donde viven las mujeres más oprimidas social, cultural y económicamente, la prioridad debería ser promover la maternidad responsable por medio de la educación sexual vista de manera objetiva y sin prejuicios, además de redefinir los roles familiares a favor de una mayor participación paterna. La decisión de abortar o no, debe tomarla la pareja o la mujer, las instituciones sólo deben proporcionar la educación sexual y los servicios.

En la sociedad mexicana existe cada vez más la aceptación de planificar la familia, independientemente de sus creencias religiosas, ahora la pareja puede decidir el momento del matrimonio, el tener o no hijos, el número de ellos y su espaciamento. Sin embargo, los grupos marginados no tienen las mismas oportunidades, ya que la baja escolaridad, el desconocimiento de la anticoncepción y el escaso poder adquisitivo son factores contrarios a estos grupos. El uso de anticonceptivos ha aumentado considerablemente desde los sesentas en que rara era la mujer que los usaba, mientras que en 1997 el 68.5% de mujeres en edad fértil los usa, desde luego que hay una variación en la edad, escolaridad y lugar de residencia. (32) También es importante señalar que existe un gran número de mujeres que se embaraza a pesar de usar algún método de anticoncepción, ya sea por no saber usarlos o por defectos en el producto. En la actualidad la Iglesia Católica ha tenido un fuerte debate en torno a la posible excomunión a aquellas mujeres que ingieran la llamada “píldora de emergencia” o “píldora del día siguiente” método autorizado recientemente por la Secretaría de Salud en los servicios públicos de planificación familiar. La excomunión es la máxima pena que aplica la Iglesia Católica a sus fieles, los no católicos, no están sujetos a esta pena, y tiene como finalidad que por medio de un castigo se pueda dar el arrepentimiento. El excomulgado, según el canon 1331 del vigente Código de Derecho Canónico, tiene prohibido la participación ministerial en la celebración de la Santa Misa o cualquier otra ceremonia de culto, celebrar y recibir los sacramentos (excepto la confesión) desempeñar oficios, ministerios o cargos eclesíásticos.

(32) CONAPO-1999. En El Almanaque mexicano. Dr. Sergio Aguayo Quezada. 2000.

### C. Planificar para evitar el embarazo en adolescentes.

El embarazo de las adolescentes en nuestro país es un problema constante, al igual que en otros países en desarrollo, en estas circunstancias muchas jovencitas recurren al aborto sin tomar en cuenta las complicaciones posteriores a una mala atención. La poca educación que reciben de sus padres y de sus maestros relacionada con el uso de los métodos anticonceptivos, así como la carencia de interés por investigar de parte de ellas mismas, provoca muchos embarazos no deseados que tal vez terminen en abortos.

El embarazo de la adolescente es un problema de múltiples dimensiones: las personales, sociales, religiosas, económicas, culturales y de deserción escolar, entre otras. El embarazo entre adolescentes es motivo de morbilidad y hasta mortalidad materna, causada por situaciones sociales y estilo de vida, estas enfermedades incluyen los problemas de crecimiento y desarrollo, problemas de conducta, dificultades de aprendizaje. El doctor Gildardo Valencia, jefe de Neonatología del Instituto Nacional de Pediatría (INP) afirma que los hijos de madres adolescentes nacen generalmente bajos de peso, lo que hace que tengan altas posibilidades de secuelas neurológicas, complicaciones de hemorragias cerebrales o malformaciones congénitas, a pesar de los avances médicos se tiene una mortalidad de entre 15% y 20% de niños por embarazos prematuros.

Aunque la desnutrición es una de las causas principales de bajo peso en los niños, también contribuyen los embarazos a temprana edad, de los 10 a los 15 años la joven vive una etapa importante de desarrollo físico y si se embaraza esto representa para ella un doble esfuerzo. Por un lado, la madre adolescente no va a detener su desarrollo y por el otro el niño también se está desarrollando, de tal manera que se da una competencia desfavorable para el bebé.

El doctor Paulino Álvarez Navarro responsable del curso de Educación Sexual y Planificación Familiar para Adolescentes del INP (Instituto Nacional de Pediatría), comenta la necesidad de educar sexualmente a la población infantil, sobre todo si en el país la población es mayoritariamente joven. En esta etapa los jóvenes enfrentan desajustes emocionales por los cambios físicos de su cuerpo.

Coincide la psicóloga Leticia Torres del Hospital de la Mujer en afirmar que hay casos en que la joven sale del hospital feliz de tener un hijo, pero casi ninguna lo hace de manera consciente y en un alto porcentaje las decisiones respecto de él no dependen de ellas sino de sus padres. Todos estos factores de morbilidad constituyen un fuerte problema de salud pública que resulta muy difícil afrontar por su rápido crecimiento.

La actividad sexual durante la adolescencia tuvo un incremento durante la revolución sexual a finales de la década de los sesenta y principios de los setenta en donde también el uso de anticonceptivos se hace más frecuente. Las adolescentes mayores (15 a 19 años) se encontraban directamente con mayor actividad sexual que las adolescentes menores (15 años y menos) y se estima que un gran porcentaje de ellas quedan embarazadas entre su primera relación y a dos años de ésta.

Los aspectos que rodean al embarazo de la adolescente están inmersos en un contexto social que cambia con gran rapidez. La familia y los patrones de trabajo han experimentado muchos cambios durante las tres últimas décadas. Se han incrementado las familias con un solo progenitor, en su mayoría encabezadas por mujeres, (la proporción de progenitores adolescentes del sexo masculino que viven alejados de sus hijos aumentó en las últimas décadas). Un segundo cambio social de gran importancia ha sido el aumento del número de mujeres que trabajan fuera del hogar (como resultado del aspecto anterior). Este cambio ha brindado a muchas mujeres adolescentes, modelos de función de madres que son solteras o

divorciadas. Aunque las mujeres han entrado en proporciones cada vez mayores al mercado laboral, la pobreza sigue siendo una amenaza sostenida para los hogares encabezados por ellas.

Son varios los factores de riesgo que se han identificado en la actividad sexual temprana, se pueden clasificar en categorías individuales, familiares y de desarrollo. Cuando se examinan los factores de riesgo que se relacionan con el individuo, los investigadores han encontrado que la actividad sexual temprana suele relacionarse con la menarquía temprana en las niñas y el desarrollo corporal y las concentraciones hormonales incrementadas de manera temprana en los niños. Es de interés mencionar que la edad de iniciación de la menarquía ha disminuido desde una edad promedio de 14 años a 11 aproximadamente, aunque se sabe de niñas que reglan entre 8 y 9 años.

Las desventajas económicas y la desesperanza se acompañan con mayor prontitud de un embarazo. El nivel de éxito parece desempeñar una función de primera importancia en la determinación de la edad a la cual una mujer se inicia en la actividad sexual, es menos probable que se vuelvan sexualmente activas las adolescentes que tienen puntuaciones más elevadas en las pruebas de inteligencia, las que tienen buenas escalas de motivación académica y las que tienen buen rendimiento escolar. Por otra parte, las adolescentes con conductas de adopción de riesgos y que tienen problemas como fumar, tomar alcohol, mal comportamiento escolar y otras actitudes rebeldes que requieran acciones disciplinarias están altamente relacionadas con la actividad sexual temprana. El ámbito familiar desempeña una función muy importante en la rapidez con que una niña empieza su actividad sexual, las adolescentes de hogares encabezados por mujeres solas son más propensas a la actividad sexual temprana. Las mujeres que se vuelven sexualmente activas con prontitud y las que quedan embarazadas cuando adolescentes son más propensas a tener hijas que inicien también su actividad sexual de manera temprana y de quedar embarazadas en la adolescencia.

De los riesgos para las madres adolescentes el más grave es la muerte por complicaciones del embarazo en niñas menores de 15 años que es 60% más elevado que la proporción correspondiente para todas las mujeres, aunque en la actualidad hay ciertas controversias sobre el grado en que la edad y la biología influyen en este aspecto, las madres adolescentes de 15 años o menos, tienen mayor peligro de experimentar desproporción cefalopélvica, anemia, toxemia, hipertensión e infecciones vaginales. Estos problemas se identifican y comprueban a menudo de manera tardía por causa de la asistencia prenatal retrasada o insuficiente ya sea por desconocimiento del embarazo o porque no pueden pagar dicha asistencia.

Madres y padres adolescentes con frecuencia tienen problemas psicológicos y sociales, los estudios que controlan los aspectos como raza, nivel socioeconómico, aptitud académica y esperanza educativa antes del embarazo, ponen de manifiesto que las madres adolescentes pueden esperar una educación incompleta que las que no tienen hijos pronto. Las madres adolescentes llegarán a niveles más bajos de buenos resultados en el trabajo y los ingresos a largo plazo y se sienten menos satisfechas con sus logros vocacionales. El tener un hijo a edad temprana impulsa a las estudiantes marginales a abandonar la escuela de manera definitiva. La frustración escolar, los resultados de un ingreso bajo y el maltrato a los niños nacidos de padres adolescentes son sólo parte de los costos individuales y sociales del embarazo en edad temprana.

En promedio un millón de menores de edad se embarazan cada año, aunque no todas ellas concluyen el proceso de gestación porque en el 14% de los casos terminan en abortos espontáneos, además de los abortos inducidos de los cuales no tenemos un porcentaje fidedigno, muchas parejas logran casarse pero este compromiso termina por lo general en un lapso de un año, principalmente por el desencanto de las parejas después de haber sido obligados a responsabilizarse de niños no planeados.

Aunque el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) tiene un rezago informativo sobre los divorcios que anualmente se realizan a nivel nacional se acepta que por lo menos entre 3 y 5% de las separaciones globales las representan quienes aún no cumplen los 18 años.

La coordinadora de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia Sonia Delgado, sostuvo para quien los contratos matrimoniales entre adolescentes se presentan a los 30 días de unión, sobre todo cuando el 80% de los jovencitos se casaron por embarazos no deseados, a los seis meses o al año vienen sus papás a representarlos para pelear la custodia del hijo o hijos quienes quedan en estado de indefensión mientras se lleva a cabo el proceso legal.

Un matrimonio entre mayores de 25 años, desde la perspectiva del DIF dura en promedio entre cinco y ocho años y concluye el compromiso principalmente por problemas económicos, después siguen la violencia familiar, la infidelidad, el alcoholismo y demás causales contenidas en el Código Civil.

Oficialmente se reconoce que la actividad sexual precoz provoca en México alrededor de 366 mil partos no deseados en mujeres de entre 15 y 19 años de edad, según datos del año 2000. Aunque hubo una reducción en las cifras, la problemática es considerada como desafío prioritario en materia de salud reproductiva, sobre todo porque de ahí se derivan, además de los embarazos no deseados, abortos clandestinos, infecciones de transmisión sexual, muertes por aborto, muertes por parto, violencia intrafamiliar y divorcios.

México debe mejorar sus esfuerzos por reducir el embarazo en adolescentes, el país ocupa un lugar importante en la magnitud del problema, en tanto el comercio mexicano fomenta la sexualidad para vender toda clase de productos al consumidor, los medios de comunicación venden la idea de los estereotipos norteamericanos como otro truco de mercadotecnia y las políticas sociales del gobierno dejan fuera al adolescente sexualmente



activo, por lo tanto, los hijos de estos adolescentes tendrán graves carencias y a la larga serán un problema para el país. Sólo mediante el incremento de los esfuerzos conjuntos de sociedad y gobierno para prevenir el embarazo temprano, será posible ofrecer una vida plena de oportunidades y elecciones a las personas jóvenes.

La falta de información, las características sociales y económicas de las mujeres y la condición de clandestinidad inciden sobre la severidad de las complicaciones físicas y emocionales, además el tiempo que se tardan en experimentar con remedios caseros, incrementan los riesgos. Cuando existe hemorragia o dolor después de un aborto inducido, la mujer no desea buscar ayuda médica por temor a una denuncia, si sus malestares son graves acude a instituciones de salud alterando la información para no ser expuesta a las autoridades y a la misma familia, a veces esta situación la ocultan hasta a su propia pareja para no ser abandonadas.

Las mujeres se enfrentan a un mundo hostil que las reprueba cuando no quieren ser madres, a veces la familia y la pareja dejan sola a la mujer, el rechazo a manera de castigo sólo se hace patente hacia la mujer, el hombre queda exento de cualquier sanción social o penal. Tanto el personal del Sector Salud, como la administración de justicia parten de una actitud prejuiciada de que sólo la mujer es culpable y por lo tanto debe recibir un castigo. En muchos hospitales los médicos descalifican moralmente a sus pacientes haciéndoles reclamaciones obscenas refiriéndose a la intimidad de la mujer con burla, mostrando un machismo totalmente insensible ante el dolor de ellas.

La sociedad mexicana está plagada de prejuicios que han prevalecido por siglos y uno de ellos es el concepto que se tiene de “la honra familiar” entendida ésta como el requisito estrictamente indispensable de llegar virgen al matrimonio o dicho de otra manera, la formalización de las relaciones sexuales por medio del matrimonio.

Tanto la cultura como la religión, han sido promotoras de estos conceptos y no es “bien visto” que una mujer sea madre soltera porque entonces será una persona que ya perdió su “valor” ante la sociedad.

Estos supuestos prevalecen aún en el siglo XXI y se desarrollan tanto en los sectores de nivel económico bajo con un nivel educativo escaso como en la clase media y hasta en la clase social alta, donde desde luego es más fácil resolver el problema.

Cuando se han cometido estas “faltas” es muy importante conservar las apariencias que permitirán gozar del reconocimiento y la aceptación social, sin embargo cuando el embarazo ya no se puede ocultar, la familia, la escuela, el trabajo, etcétera se encargan de rechazar a la mujer, corriéndola de la casa, expulsándola de la escuela o despidiéndola del trabajo, además del abandono de la pareja que con mucha frecuencia se da, la paradoja es que el esposo o el novio, convencido de que el empleo de anticonceptivos alentará la infidelidad de su pareja se opone a su uso y esto ocasiona embarazos no deseados y por lo tanto, abortos. En las zonas rurales, los factores culturales son distintos a las zonas urbanas; para las zonas rurales, tener un hijo puede significar la potencial ayuda económica, por lo tanto si una mujer rural aborta es más sancionada socialmente que una mujer de zona urbana. Ya que en las ciudades hay más información, servicios, atención, la mujer tiene más posibilidades de ocultar su identidad y puede tener una mejor atención.

Hasta hoy, en las condiciones educativas en que vivimos, podríamos decir que es muy difícil resolver el problema del aborto, porque no se trata sólo de un asunto clínico o de un problema legal, o sólo de una cuestión moral, es todo en su conjunto lo que le da un grado de complejidad a este problema que debe tratar de resolverse de manera interdisciplinaria y tomando en cuenta el derecho a decidir que tiene la mujer implicada.

El aborto es un problema de salud pública, es aquí donde la prevención debería jugar un papel primordial en la salud de las mujeres que no desean embarazarse, utilizando métodos anticonceptivos que estén al alcance de todos, hombre y mujeres que puedan contar con la información de manera oportuna y verás para poder elegir la mejor opción en cada caso.

En 1803 Humboldt en su *Ensayo Político sobre la Nueva España*, estimó que la población de nuestro país sumaba casi seis millones de habitantes, una población muy pequeña para los 4 millones de kilómetros cuadrados de territorio que teníamos. La falta de población recomendaba un incremento natural y fue la inmigración un hecho, que por cierto, tuvo malas consecuencias pues facilitó la anexión de Texas, Nuevo México y Alta California a los Estados Unidos en 1847 dejándonos con menos de 2 millones de kilómetros cuadrados.

Durante el Porfiriato (1877-1910) según Daniel Cosío Villegas, se establecieron las bases económicas del México moderno, aunque no hubo una equitativa distribución de los beneficios del progreso, en esta época se promulgaron los Códigos Sanitarios (1891, 1894 y 1902) en los cuales se advierten disposiciones prohibitivas al expendio de medicamentos nocivos, entre los que se incluía a los abortivos, esta medida constituyó una forma indirecta tendiente al incremento de la población.

Después del período revolucionario (1910-1917) había complacencia por el incremento natural debido al millón de vidas que costó el movimiento armado y fue durante la gestión administrativa de Felipe Carrillo Puerto como gobernador de Yucatán (1918-1923) que este fundador y dirigente del Partido Socialista del Sureste auspició el desarrollo de las actividades en materia de Planeación Familiar efectuadas por parte de la Dra. Margaret Sanger (1922) que trataba de los medios seguros y científicos para evitar la concepción, aún enfrentando las opiniones reaccionarias. Las actividades en materia de Planeación Familiar dentro del campo de la medicina preventiva, vinculadas a una clínica central en Mérida, lo cual se ha estimado que constituyó el primer servicio oficial de Planeación Familiar en el mundo.

Con el presidente Lázaro Cárdenas se diseñó una política demográfica con la Ley General de Población (1936) en donde se fomentaba la nupcialidad para aumentar la natalidad y se ayudaba económicamente a las familias más prolíficas.

El presidente Manuel Ávila Camacho delineó una política de justicia social y creó la legislación de seguridad social que se llevó a cabo en 1943. De acuerdo al criterio poblacionista imperante, las disposiciones de la ley del Seguro Social incidían en la nupcialidad y la natalidad.

El presidente Miguel Alemán también tuvo una política poblacionista y fue el presidente Adolfo Ruíz Cortínez quien en su primer informe de gobierno (1º. Sep. 1953) declaraba su preocupación por los diversos problemas relacionados con el aumento de la población que en sólo una década (1940-1950) había sido de 6 millones y que era urgente abrir nuevas fuentes de trabajo en zona escasamente pobladas como son las tropicales y costeras para absorber a la población excedente en varias entidades federativas.

En el Censo de Población de junio de 1960 se encontró que el país contaba con 34.6 millones de habitantes. Ya para 1969 la cifra había aumentado a 50 millones. En su campaña por la presidencia Luis Echeverría Álvarez mostraba una política poblacionista con su famosa frase “ Pienso que gobernar es poblar “ esta actitud cambió radicalmente cuando ya estuvo en la presidencia que fue cuando se concretó el Programa Nacional de Planificación Familiar (1972).

Se conceptuó la Planificación Familiar, como la elevación de la calidad de vida y se relacionó con la paternidad responsable, se descartó mencionarla como control natal porque ese concepto lesionaba la dignidad, la libertad y equivalía a interrumpir el proceso de gestación. Se declaró que el Estado Mexicano respetaba la autodeterminación familiar y no tenía ningún derecho para obligar a los matrimonios a tener muchos hijos, pocos o ninguno.

Las diferentes formas de evitar un embarazo vinieron a transformar de manera conceptual y práctica el comportamiento sexual, pues esto influyó en los valores, las creencias, las pautas de conducta, las normas, la relación amorosa y la construcción social.

Los métodos de planificación familiar evitan que el óvulo y el espermatozoide se unan y se lleve a cabo la fecundación. A continuación se describirán algunos métodos de planificación familiar que pueden ser temporales o permanentes:

Los métodos temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les está empleando, pero al suspender su uso la mujer puede embarazarse, entre ellos tenemos el preservativo o condón, el condón femenino, diafragma, los espermicidas, los hormonales como la píldora, la pastilla del día siguiente o anticoncepción de emergencia, el implante subdérmico, los parches, anillo vaginal, el dispositivo intrauterino (DIU), los métodos de abstinencia periódica (naturales), el coito interrumpido, método de temperatura basal, método de moco cervical, método sinto-térmico, método de calendario. (33)

#### 1. El condón o preservativo.-

El condón es una cubierta en forma de saco elástico de látex que se fabrica en varias formas y colores, es cilíndrico, cerrado en un extremo y abierto en el otro, con borde redondeado. Los condones se envasan sobre el borde abierto, a veces lubricados y por lo general herméticamente sellados en bolsas de plástico. Al envolver el pene, retiene todo el líquido seminal eyaculado y así evita que llegue a ponerse en contacto con la vagina, con lo que se impide la fecundación. Además ayuda a prevenir el contagio de las enfermedades de transmisión sexual.

Para usarlo se debe romper el sobre que lo contiene y desenrollar el condón sobre el pene en erección poco antes del contacto sexual, teniendo cuidado de dejar un espacio en el extremo para recibir el semen. Es importante que una vez terminado el contacto sexual, se retire el pene sujetando el condón por la base para evitar que el semen se escape y se deposite en la vagina o en la vulva. Si se realiza una nueva penetración deberá utilizarse otro preservativo. Los condones deben guardarse en un lugar fresco y nunca usarse más de una vez, tampoco deben usarse después de la fecha de caducidad ni más de cinco años después de la fecha de fabricación.

(33) <http://es.wikipedia.org/wiki/anticonceptivo>.

## 2. Condón femenino.

Los condones femeninos son recubrimientos delgados de plástico poliuretano con aros de poliuretano también en los extremos opuestos, éstos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los condones femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductor femenino e impiden que los microorganismos pasen de un miembro de la pareja al otros evitando así las enfermedades de transmisión sexual.

## 3. Diafragma.

El diafragma es una copa de latex (caucho) en forma de domo que se introduce en la vagina antes del coito y cubre el cuello uterino. El diafragma impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductivo superior (útero y trompas de Falopio) y sirve de contenedor para el espermicida.

## 4. Los espermicidas.

Los espermicidas son sustancias químicas que se colocan dentro de la vagina antes del coito. Existen numerosas presentaciones como espumas, tabletas vaginales, jaleas, cremas, óvulos y esponjas vaginales. Actúan paralizando la función de los espermatozoides. Es importante utilizar un espermicida en combinación con el condón para lograr mayor eficacia.

Para su aplicación se introduce la sustancia en alguna de sus presentaciones, con un aplicador o en el caso de los óvulos, con los dedos, 15 minutos antes del contacto sexual. No es necesario realizarse lavados vaginales, pero en caso de realizarlos se debe esperar seis horas. Si se realiza otra penetración, se necesita una nueva aplicación de espermicida antes del contacto sexual.

## 5. Métodos hormonales.

Los métodos de planeación familiar hormonales están compuestos de estrógenos y progestágenos, hormonas que se encuentran normalmente en el organismo de las mujeres y pueden ser orales, inyectables o implantes. Los hormonales actúan en diferentes niveles y causan los siguientes efectos: Inhiben la maduración del óvulo, afectan el moco cervical, no permiten la entrada de los espermatozoides, reducen la receptividad del endometrio para anidar el embrión.

La píldora.- Es un método de planeación familiar compuesto de una o varias sustancias que se administran por vía oral, aunque su nombre correcto es anticonceptivo oral, de manera común se le conoce como “la píldora”. La píldora debe tomarse todos los días a la misma hora. La primera píldora se puede tomar en cualquier momento durante los primeros cinco a siete días del período menstrual.

Inyectables.- La mayoría de los inyectables están compuestos de hormonas con solubilidad muy baja que se gastan muy lentamente a lo largo de un período de uno o varios meses. La inyección debe aplicarse durante los primeros cinco días después de haber comenzado la menstruación. Su aplicación es intramuscular, no debe masajearse el sitio donde se aplique, la siguiente inyección debe aplicarse después de uno, dos o tres meses, según sea el tipo de inyectable.

Implantes.- El implante es un método de la década de los noventa, consiste en seis pequeñas cápsulas silásticas que se insertan en la parte alta del brazo o el antebrazo con anestesia local. La función del implante se da mediante la liberación lenta y constante de una sustancia llamada progestina. La acción de este tipo de implantes es totalmente reversible y la fertilidad retorna cuando se retira el implante, su duración es de aproximadamente cinco años.

Para aplicarlo se realiza una pequeña incisión en condiciones estériles para colocar las cápsulas debajo de la piel. Es importante que la inserción se efectúe durante los primeros siete días después del inicio de la menstruación y también puede hacerse después del parto o de un aborto. Dentro de los implantes podemos encontrar ahora un parche anticonceptivo que funciona liberando hormonas a través de la piel y su duración es de una semana.

Anillo vaginal.- Único de administración vaginal mensual, Es el método de anticoncepción femenino más innovador, es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente las dosis más bajas de hormonas.

Parches.- El parche es un nuevo método anticonceptivo que se parece a una bandita adhesiva, se suministra a través de la piel hasta el flujo sanguíneo. Es una dosis continua de compuestos químicos sintéticos que contienen una combinación de hormonas cuya presentación es en caja con tres parches estériles. Se debe cambiar la ubicación del parche cada semana, se empieza a usar el primer día de la menstruación y se usarán durante tres semanas consecutivas, la cuarta semana no se usa ya que es el período en el que aparece la menstruación.

La pastilla del día siguiente.- La pastilla del día siguiente es una dosis elevada de hormonas que impide la fecundación o la implantación, según el tiempo transcurrido de la relación sexual. Llamada también anticoncepción de emergencia (AE) permite evitar el embarazo dentro de las 72 horas posteriores a una relación sexual no protegida.

Dependiendo de la fase del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer, la AE funciona para detener la liberación del óvulo, impedir la fecundación o la implantación del óvulo fecundado.

Los estudios realizados por distintos investigadores han mostrado que la AE es efectiva en el 98% de las mujeres que la usan. Pocas mujeres tienen efectos secundarios, como náusea y vómito y la AE no causa alteraciones a largo plazo cuando se usa en forma esporádica.



La AE constituye un importante recurso disponible para prevenir el embarazo no deseado y el aborto inseguro, se trata de una alternativa ideal para quienes por cualquier razón han tenido relaciones sexuales sin protección, para las mujeres que fueron violadas y para casos en que ocurren accidentes con el uso de un determinado método, como la ruptura de un condón, por ejemplo.

Las marcas comerciales y las dosis recomendadas para la AE son las siguientes:

Marcas comerciales	1ª. Dosis (durante las primeras 72 horas posteriores a la r. s.)	2ª. Dosis (12 horas después de la 1ª d.)
Eugynon 50	2 píldoras	2 píldoras
Nordiol	2 “	2 “
Ovral	2 “	2 “
Neogynon	2 “	2 “
Lo-Femenal	4 “	4 “
Nordet	4 “	4 “
Microgynon	4 “	4 “

Existe en las farmacias una presentación que se llama “la pastilla del día siguiente” y que ya viene con la dosis necesaria a un bajo costo.

## 6. Dispositivo intrauterino.

El dispositivo intrauterino (DIU) es un objeto de material sintético (plástico) al que se le pueden añadir otras sustancias que potencian su efecto. Al DIU que no tiene ningún material complementario se le llama inerte o dispositivo de primera generación y a aquellos que tienen cobre u hormonas se les llama bioactivos o de segunda generación.

Los mecanismos de operación de los dispositivos no se tienen del todo claros y se continúan los estudios para conocerlos a fondo, sin embargo se piensa que son los siguientes: No permiten el trayecto del espermatozoide en el útero, no permiten la fecundación, no permiten el transporte del huevo, con lo que se previene la implantación. El dispositivo debe ser colocado por un médico capacitado en este tipo de método.

El DIU se coloca dentro del útero utilizando un aplicador especial y una técnica aséptica. Es recomendable que sea colocado durante la menstruación o inmediatamente después de ella, o bien, después del parto o de un aborto. Es un método que se puede usar por varios años, dependiendo del tipo de dispositivo de que se trate y de las características de la mujer.

## 7. Métodos de abstinencia periódica o métodos naturales.

Los métodos de abstinencia periódica están basados en el ciclo ovárico y en la vida del óvulo y del espermatozoide. Tienen como principio restringir la actividad sexual durante el período fértil de la mujer, con lo que se reduce la posibilidad de la concepción, aunque también se puede utilizar este método para planear un embarazo. Existen variantes de este método, las más comunes son: método de la temperatura basal, método del moco cervical, método sinto-térmico y método del calendario.

Método de la temperatura basal.- Este método está basado en la observación de los cambios de la temperatura basal con el fin de identificar la fase del ciclo después de la

ovulación. La temperatura basal, es la temperatura del cuerpo después de un profundo descanso. En una mujer, la temperatura basal generalmente está en un nivel más bajo durante la primera parte de su ciclo menstrual, luego, alrededor del tiempo de la ovulación, la temperatura sube a un nivel un poquito más alto y se mantiene hasta el inicio de la menstruación. Para usar este método, la mujer debe tomar su temperatura diariamente al despertar y antes de realizar cualquier actividad. Al tomar la temperatura la registra en una gráfica para poder identificar la fase fértil y la fase no fértil de su ciclo. Con este método la pareja evita las relaciones sexuales desde el primer día de la menstruación hasta que haya confirmado la ovulación y esperado un número específico de días después de ésta.

El método del moco cervical.- Este método está basado en la observación de los cambios que tiene el moco del cuello uterino con el fin de identificar la fase fértil del ciclo. Después de la menstruación, generalmente la mujer experimenta una sensación de resequead y al observar sus secreciones no nota moco cervical.

Conforme avanzan los días del ciclo, el moco empieza a bajar y va cambiando de un flujo pastoso y pegajoso a un flujo resbaloso y filante (que se puede estirar entre los dedos). La sensación vaginal cambia de la resequead a una sensación de humedad. Luego de la ovulación, el moco vuelve a tener las características de pegajoso y pastoso, o la mujer no nota moco cervical hasta después de la siguiente menstruación.

Para usar este método, la mujer debe observar sus secreciones cervicales diariamente, cada vez que vaya al baño. También debe poner atención a la sensación vaginal observando si tiene resequead o humedad, al final del día debe registrar sus observaciones en una gráfica. Con este método la pareja aprende a interpretar las observaciones del moco cervical para saber cuándo abstenerse de las relaciones sexuales, la abstinencia comprende desde algunos días antes de la ovulación y termina algunos días después de ésta.

El método sinto-térmico.- Es una combinación del método de la temperatura basal, del método del moco cervical y de otros síntomas y señales de la fertilidad que le dan más información a la pareja para detectar el período fértil.

El método del ritmo o del calendario.- Este método trata de investigar cuáles son los días fértiles de la mujer, utilizando un cálculo. Está basado en el uso de una fórmula matemática para determinar los días fértiles e infértiles del ciclo.

Se debe hacer un cálculo basado en el número de días de ciclos anteriores y restando un número específico. El número exacto de días que deben restarse, depende del calendario que tenga la persona. Por ejemplo, el comienzo de la fase fértil se determina restando 18-20 del número de días de duración del más corto de los 6 ciclos anteriores. El final de la fase fértil se determina restando 10-11 del ciclo más largo de los 6 ciclos anteriores. Estos métodos requieren de constancia, precisión y dedicación, así que en la práctica no son tan eficaces como otros métodos.

#### 8. El coito interrumpido.

Es un método sencillo, consiste en la interrupción del contacto sexual antes de que el espermatozoide se pueda depositar dentro de la vagina. El hombre, al sentir la inminencia de la eyaculación, debe retirar el pene de la vagina y eyacular afuera para evitar que haya contacto del semen con la vagina. La desventaja es que si el hombre no tiene el suficiente control de la eyaculación aunque sea por breves segundos pueden pasar algunos espermatozoides que pueden fecundar al óvulo.

#### 9. Métodos permanentes.

Esterilización masculina o Vasectomía.- La esterilización masculina o vasectomía es una operación que interrumpe permanentemente el conducto deferente en su recorrido a través de la porción escrotal, se hace bajo anestesia local y es una técnica fácil que dura alrededor de 20 minutos.

Es muy importante recibir la información y las instrucciones preoperatorias por parte del médico, para saber en que consiste la operación, los cuidados que se deberán tener con la herida, las complicaciones que pudieran presentarse, los medicamentos que se utilizarán, las condiciones para regresar al trabajo y la reanudación de las relaciones sexuales.

Después de la vasectomía, el hombre necesita tener al menos 20 eyaculaciones o dejar transcurrir un período de tres meses para que el semen deje de tener espermatozoides y luego de lo cual podrá tener relaciones sexuales sin necesidad de utilizar otro método anticonceptivo. Para mayor seguridad, es necesario realizar un conteo de espermatozoides a fin de asegurarse de que el semen ya no los contiene. Es importante señalar que este método no afecta la erección, ni la eyaculación.

Esterilización femenina. (Oclusión tubaria bilateral) o Salpingoclasia.- Es una técnica que se logra mediante la oclusión permanente de las trompas uterinas, lo cual impide el paso de los óvulos. Esta intervención quirúrgica requiere hospitalización, no afecta la vida sexual de la mujer y es recomendable cuando ésta tiene ya los hijos que desea y está plenamente segura de no querer otro hijo más.

Como para toda operación, es importante el examen médico detallado con el fin de detectar algún problema que impida el desarrollo adecuado, tales como enfermedades cardíacas, problemas respiratorios, hipertensión, diabetes, trastornos de sangrado, trastornos nutritivos, etcétera. Esta es una cirugía irreversible. (34)

La mayoría de los métodos anticonceptivos están enfocados directamente para que los use la mujer, sólo el preservativo y la vasectomía corresponden al hombre, como si la procreación sólo fuera responsabilidad de ellas. Además, los expertos dicen que la poca complejidad del mecanismo reproductor masculino hace que sea difícil manipularlo sin afectar otras características naturales del organismo como la libido, así que mientras el hombre no esté dispuesto a tener responsabilidades, la anticoncepción tendrá que seguir en manos de las mujeres.

(34) [www.monografias.com/trabajos15/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos15/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos.shtml)

#### D. Las condiciones en que se aborta.

Las condiciones sanitarias en que se aborta son muy deficientes precisamente por su condición de clandestinidad, lo mismo puede ocurrir en un puesto de mercado donde venden yerbas abortivas que en un cuarto de hotel o en un modesto consultorio, en el mejor de los casos.

Existe un elevado índice de mortalidad femenina causado por abortos inducidos, pero a pesar de que las estadísticas manejadas por el Sector Salud muestran a la muerte materna como una de las más importantes, no se especifica cuántas de estas muertes corresponden a mujeres que interrumpieron su embarazo, sin embargo se sabe que la cifra es alta. Las perforaciones uterinas e intestinales, las infecciones y las hemorragias, son las causas más frecuentes de estas muertes.

Otro de los factores que influyen en una mala atención, es la burocratización en los servicios médicos que ocasiona un gran perjuicio a las mujeres de bajos recursos y que continuamente viven en situaciones de alto riesgo por la omisión de estos servicios. También por su misma condición de bajo nivel económico y educativo suelen ser víctimas de violencia intrafamiliar y de maltrato en los centros de salud.

Por otro lado, el personal de salud afirma que la capacidad de atención ha sido rebasada por el incremento poblacional que se ha disparado en el Estado de México, especialmente en el área conurbada, esto ha motivado que ante la negativa de atención médica muchas mujeres que requieren hospitalización, acudan a los servicios del Distrito Federal donde muchos de ellos se encuentran también saturados. Las autoridades responsables de las políticas de salud aseguran que la falta de presupuesto es sin lugar a dudas, la causa más importante de las deficiencias en el Sector Salud.

Otra variable que influye en una mala atención en los abortos inducidos es que el personal de salud en su mayoría, desconoce la legislación vigente y las circunstancias en que el aborto es legal en nuestro país, por ejemplo en el caso del Estado de México es legal la interrupción del embarazo por violación, desde luego el aborto imprudencial, cuando existe peligro de muerte y el eugenésico, mientras que en el Distrito Federal (modificación en 2007) sólo quedó restringido para efectuarse hasta antes de la semana doce.

.Las mujeres que pueden pagar servicios médicos particulares, son las mejor atendidas, tanto en el aspecto clínico, como en el buen trato e higiene. Podríamos pensar que con tantos avances médicos, serían muy pocas las mujeres que mueren en México a consecuencia de embarazos, abortos o partos, pero según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1997, cada año se practicaban alrededor de 50 millones de abortos en el mundo, de éstos, 20 millones se realizaban en condiciones inseguras y provocaban la muerte de 78 mil mujeres.

Casi la totalidad de las muertes asociadas al aborto inseguro (99%) ocurren en regiones con altos índices de pobreza y marginación social. En los países desarrollados, el riesgo de morir por complicaciones del aborto inseguro es de 1 por cada 3,700 procedimientos, mientras que en los del mundo en desarrollo el riesgo es mucho mayor, de 1 por cada 250 procedimientos. Estimaciones de la OMS sobre la incidencia del aborto inseguro en regiones del mundo según nivel de desarrollo, entre el año 1995-2000.

Región	No. de abortos inseguros/año (millones)
Regiones desarrolladas	.5
Regiones en desarrollo	18.5
Total Mundial	19

## E. Consecuencias físicas y psicológicas de un aborto.

Primeramente debemos definir lo que es el aborto clandestino y lo que es el aborto inseguro.

Por **aborto clandestino** entendemos la interrupción del embarazo fuera de la ley, independientemente de las condiciones sanitarias en las que se realice.

El **aborto inseguro**, según la Organización Mundial de la Salud, se define como el procedimiento para interrumpir el embarazo que es realizado por personas que carecen de la experiencia y conocimientos necesarios y en un lugar sin los requerimientos médicos apropiados.

Esta diferencia es importante señalarla, porque en los países donde el aborto está prohibido o restringido, las mujeres con recursos económicos suficientes tienen abortos clandestinos pero no necesariamente inseguros, generalmente pueden pagar los servicios de personas o instituciones debidamente capacitadas y equipadas. En contraste, las mujeres pobres de esos mismos países se someten a abortos igualmente clandestinos pero realizados en pésimas condiciones, lo que los vuelve inseguros.

El aborto inseguro acarrea muchas consecuencias nocivas para la salud de las mujeres, inclusive puede conducir las a la muerte. Las complicaciones médicas pueden ir desde problemas menores que no requieren hospitalización (hemorragias, cólicos sin fiebre o ciertas infecciones) hasta una peritonitis, la sepsis o el shock séptico, que son complicaciones mucho más graves y potencialmente mortales. A largo plazo, un aborto inseguro puede provocar dolor pélvico agudo, incontinencia, problemas obstétricos y hasta infertilidad.



Los problemas que se presentan con mayor frecuencia en los abortos inseguros, son los siguientes:

**Infecciones.** Este es el tipo más común de complicación. Las infecciones obedecen a la entrada en el útero de ciertas bacterias, para evitar la intensificación de una infección se debe vigilar que no se presente ninguna de las señales de peligro que se enlistan más adelante, una infección no atendida oportunamente puede provocar enfermedades serias, esterilidad e incluso la muerte.

**Retención del tejido.** Después de la intervención pueden quedar restos de tejido en el interior del útero. En esos casos es preciso recibir atención médica para remover el tejido, pues éste constituye un medio ideal para el desarrollo de bacterias causante de infecciones.

**Hemorragias.** Es normal que se presente sangrado después de la interrupción del embarazo. Con frecuencia hay sangrados escasos que aumentan poco a poco. Un sangrado moderado, similar al de una menstruación, puede prolongarse hasta seis semanas. Sin embargo, si el sangrado es más abundante que el de la menstruación o persiste más allá de las tres o cuatro semanas posteriores a la interrupción del embarazo, se necesita una evaluación médica.

**Lesiones intra-abdominales.** (perforación del útero y lesiones en el cerviz, que es el cuello del útero). Debido a que éstas son lesiones internas, no hay posibilidad de darse cuenta de ellas más que a través de las señales de peligro.

La perforación del útero ocurre cuando un instrumento quirúrgico (o cualquiera de los que suelen usarse en la práctica del aborto inseguro) lo atraviesa. El útero es un músculo fuerte que con frecuencia sana sin necesidad de tratamiento, pero en ocasiones puede ser necesaria una intervención quirúrgica para reparar el daño.

Las lesiones cervicales pueden presentarse como resultado de fuertes contracciones uterinas y deben suturarse para evitar problemas en embarazos posteriores.

**Reacciones tóxicas a las sustancias utilizadas para inducir el aborto.** Si se han ingerido hierbas, medicamentos o drogas para provocar el aborto, se pueden presentar serias complicaciones tóxicas. Es importante saber que la mayor parte de las drogas y preparados que se conocen como abortivos, no proporcionan una interrupción del embarazo confiable y con frecuencia provocan intoxicaciones y hasta envenenamiento.

**Continuación del embarazo.** En muy pocas ocasiones el embarazo puede continuar a pesar del intento de interrumpirlo. Esto se debe a que se ha removido sólo parte del tejido, por lo que es necesario repetir el procedimiento hasta eliminarlo totalmente.

Las señales de peligro que pueden aparecer ya sea en un aborto espontáneo o inducido en los días subsecuentes, pueden ser:

- fiebre
- escalofríos
- dolores musculares
- dolor abdominal ó pélvico
- cólicos
- dolor de espalda
- sensibilidad (a la presión) en el abdomen
- hemorragia prolongada o abundante (en algunos casos la hemorragia puede desembocar en el shock, cuyos síntomas son el pulso acelerado, la piel sudorosa y húmeda, el desmayo y el mareo)
- flujo vaginal fétido
- cansancio, debilidad o letargo
- demora de seis o más semanas en la reanudación de los períodos menstruales.

Si se presenta cualquiera de estos signos, la mujer debe acudir inmediatamente al médico.

La ausencia de condiciones adecuadas para la realización del aborto incrementa las probabilidades de una complicación. Esto sucede casi siempre en los países pobres o los llamados países en desarrollo, como es el caso de México, donde el aborto está penado o restringido por la ley. Se estima que el 95% de los abortos inseguros que se practican en el mundo tienen lugar en esos países. (35). El riesgo que corren las mujeres en los países donde el aborto es legal es mínimo en comparación con el que se presenta donde no lo es. La mayoría de los países desarrollados se encuentran en esa situación porque han legalizado la práctica del aborto. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas:

En América Latina, el porcentaje de mujeres que experimentan complicaciones derivadas de abortos inducidos por ellas mismas o por personas no capacitadas, va del 50 al 60%. (36). O sea que por cada 100 mujeres que se practican el aborto en condiciones inadecuadas, entre 50 y 60 padecen complicaciones posteriores.

Ya pudimos observar las consecuencias físicas que puede acarrear un aborto, ahora analizaremos las consecuencias psicológicas de éste.

En 1987, el presidente norteamericano Ronald Reagan pidió a su Secretario de Salud, el Dr. Everett Koop, que buscara evidencias de que el aborto tiene consecuencias psicológicas negativas. Como ambos funcionarios estaban en contra de la legalización del aborto, suponían que ese sería un argumento decisivo. Después de dos años de investigación, la honestidad de Koop lo hizo reconocer que no había evidencia científica que probara que el aborto produce en sí mismo consecuencias psicológicas negativas y que los 250 estudios que se revisaron (según los cuales el aborto producía daños psicológicos) eran metodológicamente inconsistentes.

(35) Abortion Review, Birth Control Trust, Gran Bretaña. .Invierno 1998. Número 70

(36) Instituto Alan Guttmacher. Aborto clandestino, una realidad latinoamericana. Nueva York. 1994.

Debemos advertir que este estudio se llevó a cabo catorce años después de que se legalizara el aborto en Estados Unidos (1973), un país donde desde la legalización, existe información y servicios médicos de buena calidad para la práctica del aborto.

Sin embargo, no existe una sola forma de experimentar el aborto por las mujeres, éstas pueden tener reacciones muy diversas y esto depende de la forma en que tomen su decisión. Algunas experimentan sentimientos negativos como la culpa, esto se facilita en ambientes en los que la sociedad no acepta el aborto, otras sienten alivio y están en condiciones de continuar su vida con nueva fuerza, algunas otras tienen sensaciones mezcladas. Algunos grupos conservadores han difundido la idea de que existe un trauma postaborto que provoca depresión en todas las mujeres que interrumpen su embarazo. El hecho es que no existe evidencia científica que demuestre que esto es cierto, quizás pudiera surgir depresión en el caso de que el aborto se haya realizado en contra de la voluntad de la mujer o cuando la decisión acarrea la pérdida de la pareja o la ruptura de otros lazos afectivos, pero cuando la decisión se toma con seguridad y firmeza, consciente de lo que se está haciendo, la depresión no existe.

## F. El aborto, un recurso para víctimas de violación sexual.

La violación es un delito tipificado en México, por lo menos desde el Código Penal de 1857 (el llamado Código Juárez) que dice así: “Comete el delito de violación el que por medio de la violencia física o moral, tiene cópula con una persona sin la voluntad de ésta, sea cual fuere su sexo”. Se previeron desde entonces agravantes contra el violador que cometía el delito en una menor.

El aborto por violación se admitió por primera vez en México en el Código Penal de 1931, que tenía alcance federal (excepto para el Estado de Veracruz). Una vez que los estados comenzaron a elaborar sus propios códigos (también en la década de los treinta) aceptaron, éstos, la causal de exculpación del aborto por violación.

Debemos tener presente que las causales exculpatorias no son impositivas, sino permisivas, es decir, la ley no obliga a ninguna mujer que quede embarazada por violación a continuar el embarazo (tampoco la obliga a lo contrario), pero sí le permite a las que deciden conscientemente no continuar con dicho embarazo, a abortar.

La causal exculpatoria del aborto por violación, de ninguna manera contraviene el supuesto del derecho a la vida desde la concepción, ya que en las leyes mexicanas no existe el derecho a la vida desde la concepción (excepción de Chihuahua, en 1993).

Debemos reconocer que la mayoría de las violaciones son cometidas por parientes consanguíneos, parientes políticos o amistades familiares, o sea que en la mayoría de las violaciones se cometen dos delitos sancionados en todos los códigos penales de la República: la violación y el incesto. (aunque el más denunciado es el primero).

La violación es un acto que tiene diversas implicaciones, tales como: educativas, culturales, sociales, económicas, etcétera. Hasta cierto punto estos actos son vistos como algo natural en una sociedad todavía patriarcal, pareciera que el enemigo principal de estas mujeres violadas es el sistema social que produce conductas de dominio y agresión, no solamente a las mujeres, sino también a los menores, a los ancianos, a los minusválidos y a los indígenas.

Uno de los casos más sonados recientemente es sin duda el caso de Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, una adolescente de trece años de edad que quedó embarazada a raíz de una violación en la ciudad de Mexicali y quién también fue víctima de la negativa de un hospital del sector público a practicarle el aborto legal al que tenía derecho. Su violador, Julio César Cedeño Márquez, apodado “el cuervo” y quién había estado 40 veces en la cárcel previamente, desde 1986, además adicto a la heroína.

A Paulina le detectaron su embarazo a los 19 días de la violación y se giró una orden a los 34 días después de la comisión del delito por el Ministerio Público al Hospital General de Mexicali para que se realizara el aborto, sin embargo, éste no se realizó, el director del hospital afirmó que los ginecólogos no quisieron prestar este servicio, pero en realidad el mismo director intimidó a la madre de Paulina, diciéndole que ésta corría peligro de quedar estéril o en el peor de los casos corría peligro de muerte si abortaba y que la culpa sería de ella (de la madre), ante esta disyuntiva, la madre terminó por desistir.

La familia de Paulina procede de un estado muy pobre que es Oaxaca y que recién se había establecido en Mexicali, esta problemática la tienen muchísimas familias, la situación vivida por Paulina no sólo al enfrentarse a una violación, sino al calvario que tuvo que enfrentar después, la negación de un servicio público, el incumplimiento de una orden judicial, la violación de su libertad sexual, de su dignidad, de su privacidad, la tortura psicológica ejercida por dos mujeres del grupo Próvida, que le mostraron a Paulina un video amarillista de un aborto y que la sometieron a una especie de terapia hipnótica de

tipo religioso, el ayuno forzado al que estuvo expuesta durante una semana en el hospital, esperando una supuesta intervención que nunca llegaría, todo esto y más tuvo que sufrir la pequeña Paulina de escasos trece años de edad.

Si revisamos cuidadosamente la Constitución, en el artículo cuarto encontraremos que dice: “Toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”, resulta entonces obvio, que las mujeres embarazadas por violación no deciden con libertad, ni responsabilidad, ni información quedar embarazadas, así que, si eliminamos la causal del aborto por violación, estaremos atentando en contra de la Constitución.

El problema social que constituyen los delitos sexuales se ubica en el contexto del poder y la sexualidad, se habla de abuso sexual cuando las relaciones entre los seres humanos se ejercen haciendo uso de la jerarquía que pone al victimario en condiciones de superioridad con relación a la víctima, puede ser por edad, posición económica, religión, preferencias políticas, relaciones laborales y principalmente debido a las diferencias de género. Las mujeres y los niños han sido la población más vulnerable y es en los lazos familiares en donde se expresan estas relaciones de dominación entre los sexos con más rudeza.

Los códigos penales en las legislaciones de todos los estados de la República y el Distrito Federal, incluyen bajo el título de delitos sexuales a los atentados al pudor, el estupro, la violación, el rapto, el incesto y el adulterio.

La violencia sexual tiene diversas características y no todas están debidamente contempladas en la legislación actual, por ejemplo el hostigamiento sexual que se da en el ámbito laboral, familiar, escolar y social y que difícilmente puede ser probado, haciendo que la víctima muchas veces opte por el silencio, lo mismo ocurre con el estupro, que es una práctica ejercida por los varones, quienes utilizan el engaño, el chantaje o la seducción

y que legalmente casi no se pueden probar o los grandes vacíos de la ley, respecto al castigo para los violadores, quienes pueden quedar libres, inclusive pagando una pequeña fianza. Existe un alto índice de mujeres y niñas (niños) violadas (os) por los mismos familiares, esto influye de manera importante para que la víctima no denuncie el hecho ante las autoridades, por temor, por cuestiones económicas, porque piensan que nadie les va a creer y el delito queda impune, lamentablemente de estos sucesos no queda testimonio alguno y al ubicar los índices de violaciones, éstos quedan muy por debajo de la realidad.

Todas las entidades federativas del país admiten en sus códigos penales que una mujer aborte legalmente cuando haya quedado embarazada por una violación, sin embargo, no en todas estas entidades, los legisladores han cuidado que tal derecho se ejerza a plenitud, la posibilidad de proceder al aborto ante una violación, se ve condicionada a diferentes circunstancias, ya que se tienen que realizar diversos trámites burocráticos que prueben la violación y ante este problema, sólo quedan dos recursos, o esperar a que se “agilice” la burocracia y el tiempo no sea mayor de tres meses (porque entonces ya no se podría realizar el aborto, según el Código Penal) o elegir un aborto clandestino (que podría dejar graves secuelas en la salud de la víctima o inclusive llevarla a la muerte).

Existe la violencia como un factor determinante de la dominación, primordialmente masculina. La violencia es una de las características de las sociedades modernas, de la cual México no está exento y que se ve incrementada cuando existen condiciones de crisis económica, mismas que ocasionan otros problemas, como: el hacinamiento, la falta de servicios, la carencia de educación, una mala alimentación y un gran descontento social, factores que pueden contribuir a desencadenar la violencia intrafamiliar y la violencia sexual. En nuestro país, la criminalidad es altamente violenta, representa el 47% de todos los delitos cometidos <sup>(37)</sup> sin embargo existe otro tipo de violencia, la que se puede vivir en cualquier ámbito social, ésta es la violencia sexual y está presente durante todo el proceso de socialización de las mujeres, primero en la familia, después en la escuela y más tarde en el trabajo o en la calle.

(37) Lima, María L. Memorias del Primer Foro sobre Delitos Sexuales. Editado por Cámara de Diputados.



Se estima que en México ocurren más de 80 000 violaciones al año, de las cuales 20 000 ocurren en el Distrito Federal y su área conurbada (38). Es difícil conocer las cifras exactas ya que los delitos no denunciados existen en gran cantidad y por lo tanto no se pueden contabilizar, según datos del INEGI de 1985, se encontró que las zonas con mayor incidencia del delito por estados de la República son las siguientes: el mayor índice es en el Estado de México, en el municipio de Tlalnepantla, le siguen el Distrito Federal, Veracruz, Jalisco y Baja California.

En casi cinco décadas de lucha feminista y de análisis científico social, se ha logrado fomentar una conciencia política y social acerca de la violación, como un fenómeno que no sólo afecta a las mujeres, sino que representa un problema social y de salud pública que también perjudica a las familias de todos los estratos sociales.

La presión psicológica de haber sido violada, ya sea por un familiar, un desconocido o un grupo de desconocidos, ejerce odio y temor hacia el victimario y un rechazo al embarazo, el aborto en una situación como esta puede ser una alternativa para una mujer que no tuvo el poder de decisión ante este embarazo. Son muchas y muy variadas las secuelas que deja una violación y mucho más el tiempo que tarda en recuperarse la víctima de este delito.

Las secuelas físicas y psicológicas de una violación dependen del grado de agresión del victimario y de la salud física y emocional de la víctima. El término “secuelas postviolación” se refiere a las consecuencias de la violencia sexual tanto del delito de violación, como de intento de violación e incesto. Estos fenómenos sociales producen graves efectos postraumáticos a corto plazo (desde el ataque hasta las dos o tres semanas después del asalto) en donde destacan los problemas somáticos que van desde lesiones más o menos graves hasta embarazos y problemas psicológicos, como: ansiedad, fobias, baja autoestima, depresión y problemas a largo plazo (con duración variable desde las cuatro

(38) Valladares, C. Patricia. Manejo terapéutico para personas violadas, ENEP Iztacala. Unam 1990.

semanas hasta varios años), las víctimas manifiestan una aguda reacción de stress con síntomas somáticos, cognitivos, psicológicos y conductuales y por lo general consta de dos fases:

a) Fase Aguda.

Caracterizada por una gran desorganización del estilo de vida de la mujer como consecuencia de la violación. Sentimientos de incredulidad, pánico, ira, ansiedad, llanto, insomnio y tensión, estas son reacciones de tipo expresivo. También se pueden presentar sentimientos enmascarados, ocultos, conductas tranquilas o depresivas, a éstas se les llaman reacciones de tipo controlado. Durante las primeras semanas posteriores a la violación aparecen los siguientes trastornos:

a.1 Reacciones Somáticas:

a.1.1 Trauma físico: Magulladuras y contusiones provocadas por el ataque físico en varias partes del cuerpo, como pueden ser: garganta, cuello, pecho, muslos, piernas y brazos. Las mujeres que son obligadas a tener relaciones orales, presentan irritación y traumatismo de garganta.

a.1.2 Tensión de la musculatura esquelética: Consiste en dolores de cabeza y fatiga provocadas por la tensión, trastornos del sueño y pesadillas.

a.1.3 Irritabilidad gastrointestinal: Las mujeres muestran alteración en los patrones de alimentación y dolores de estómago.

a.1.4 Trastornos genitourinarios: Presentan síntomas ginecológicos, como contracciones vaginales, comezón, escozor al orinar y dolor generalizado, algunas presentan infecciones vaginales crónicas y en las mujeres que han sido forzadas a la relación sexual anal, pueden tener sangrados y dolores en el recto.

## a.2 Reacciones Emocionales:

Las víctimas presentan una amplia gama de sentimientos que van desde el temor, la humillación y la vergüenza, hasta la ira, el deseo de venganza y la autoculpabilización, sin embargo el sentimiento principal es el temor a la violencia y a la muerte, más que el miedo al ataque sexual ya que las mujeres piensan que podían haber muerto durante la violación.

## b) Segunda Fase o Fase de Reorganización.

Las mujeres presentan alteraciones en su estilo de vida y la forma de enfrentarse al trauma depende de las habilidades de la víctima y también del apoyo social y familiar que reciben, esto quiere decir que no todas las víctimas presentan los mismos síntomas en esta fase, que suele iniciarse en las dos o tres semanas posteriores al ataque, en esta fase aparecen los siguientes cambios:

b.1 Actividad Motora: Consiste en un aumento de la actividad motora, cambios de residencia, de lugar de trabajo o de número telefónico, presentan una fuerte necesidad de viajar o cambiarse de ciudad, así como un aumento en las necesidades de apoyo familiar.

b.2 Pesadillas: Se presentan con temáticas violatorias y de terror.

b.3 Traumatofobias: Este término se refiere a la aparición de fobias específicas relacionadas con el tipo de ataque que sufrieron, las más comunes fueron: miedo a estar dentro de la casa (cuando la violación ocurrió en este lugar), miedo a lugares abiertos, miedo a estar sola, miedo a las multitudes, miedo a tener alguien detrás. También hay alteraciones en el comportamiento sexual caracterizadas por miedo o molestia ante las relaciones sexuales.

En la mayoría de las investigaciones relacionadas con las secuelas postviolación se señala que éstas persisten durante varios años, especialmente las relacionadas con la autoestima negativa, la ansiedad, las fobias, la depresión y las alteraciones en el comportamiento sexual.

Podemos concluir que no existe un patrón uniforme en las secuelas postviolación, ya que éstas dependen de las características individuales y del apoyo familiar y social. Muchas mujeres evalúan la violación como una amenaza de su vida, como una situación que había escapado a su control hasta el extremo de sentir que podían haber muerto o ser gravemente heridas, también existe un sentimiento de humillación ante la violación.

Cuando las víctimas son tratadas durante el primer mes después de la violación, las personas experimentan malestar generalizado y perturbaciones de conducta, tres meses después el malestar disminuye pero con respecto al temor y a la ansiedad estos síntomas persisten, por lo menos de seis meses a un año, ya que las víctimas contemplan la posibilidad de nuevamente ser violadas.

El comportamiento sexual de las víctimas se ve radicalmente modificado en varios aspectos: por ejemplo en la frecuencia, en algunos estudios se ha verificado la abstinencia en por lo menos seis meses después de la violación, en otros casos se disminuye considerablemente la frecuencia de las relaciones y en pocos casos no hay cambio en la frecuencia, la mayoría recupera la frecuencia después de un año.

Otra modificación del comportamiento es la aversión sexual subjetiva, que es el desagrado al mantener las relaciones sexuales, muchas de las víctimas tienen imágenes violatorias durante las relaciones con su pareja, algunas identifican sentimientos desagradables relacionados con la violación, como pueden ser el ser tocadas en los senos o el relacionarse en determinada posición que les recuerde al agresor.

Existen también los problemas psicofisiológicos como la dispareunia (dolor al tener relaciones sexuales) y el vaginismo.

Otro comportamiento que se ve seriamente afectado es el de la satisfacción sexual, que se mide por el placer sexual y la obtención de orgasmos, en donde la frecuencia se llega a normalizar con el tiempo, pero no así la satisfacción que se ve disminuida.

Otras disfunciones sexuales son: problemas de excitación, miedo al sexo, disfunción del deseo, problemas orgásmicos, problemas en la penetración, pensamientos obsesivos acerca de la violación, etcétera.

Algunos de estos problemas no mejoran con el tiempo, incluso se convierten en problemas crónicos. La secuela emocional más notoria fue la depresión y ésta se agrava cuando no hay denuncia, cuando el violador no es encarcelado, cuando el atacante es un pariente o conocido y cuando se usaron golpes para tener la relación.

También se afecta negativamente el estado general de salud, hay disminución de la autoestima e incremento de ansiedad. Las víctimas de violación tumultuaria reportaron menor ansiedad y mejor estado de salud, la autora lo explica debido a que estas mujeres no son cuestionadas con los mitos (aparentes provocaciones) y reciben apoyo incondicional.

Cuando hay golpes, la ansiedad es más alta, ya que las víctimas asumen de manera consciente su vulnerabilidad y su incapacidad para controlar la situación ya que se enfrentan de manera dramática al peligro de muerte.

Podemos concluir que las secuelas postviolación tienen valor universal y que el paso del tiempo no garantiza necesariamente la recuperación psicológica, la magnitud del impacto depende de la historia de la víctima de su nivel de funcionamiento anterior, de sus habilidades de enfrentamiento, del tipo de agresión y de las reacciones de las personas más significativas en su entorno, también depende del acceso a las estructuras de apoyo social, ya sean médicas, legales y psicológicas.

La mayoría de las víctimas son mujeres jóvenes y menores de edad, aunque también se reportan hombres violados que por lo general son niños.

Los violadores suelen ser hombres jóvenes, la mayoría son conocidos de las víctimas.

La mayoría de las violaciones ocurren en lugares cerrados, como son: la casa de la víctima, la casa del violador, en hoteles o en automóviles. El mayor porcentaje ocurre durante el día, en todas se utiliza algún grado de violencia física o moral. La mayoría de las víctimas presenta algún tipo de secuela física o psicológica y en un porcentaje significativo las mujeres resultan embarazadas.

En general es un delito que se denuncia poco y depende del tipo de servicio al que acude la víctima para que ésta logre su recuperación parcial o total.

Existen algunos factores de riesgo en las víctimas de violación que pueden ser:

Incompetencia social.

Son las actitudes de las mujeres sobre su seguridad, sobre su independencia, el dominio, la sociabilidad, asertividad y presencia social. Se dice que las mujeres pasivas, miedosas y dependientes son un blanco fácil de los ataques sexuales.

Salud Mental.

Las personas con antecedentes psiquiátricos o depresivas son más vulnerables.

Uso de alcohol y drogas.

Las personas drogadictas o alcohólicas tienen menor probabilidad de defenderse en caso de algún ataque.

Habilidades cognitivas.

Son las habilidades de las personas para tomar decisiones y resolver problemas inmediatos, cuando una persona posee buenas habilidades cognitivas puede planear su huida, no efectuar conductas inútiles o peligrosas y puede detectar señales de peligro.

Condición física.

Este factor es importante y relacionado con las habilidades anteriores, una persona débil o enferma tendrá menos posibilidades de escape o autodefensa.

Nivel socioeconómico bajo.

Relacionado con el tipo de lugares en los que se desenvuelve la víctima, por ejemplo, el uso continuo del transporte público o transitar por lugares inseguros.

Edad.

La mayoría de las víctimas son jóvenes o adolescentes, que por sus actividades tienen menos supervisión adulta y realizan actividades en la calle.

Existen muchos factores de riesgo que hacen que la probabilidad de ocurrir la violencia sexual se incremente, como pueden ser: la aceptación exagerada de los roles sexuales tradicionales, en donde se atribuyen a los hombres características de violencia, control y superioridad mientras que a las mujeres se les atribuyen comportamientos de sumisión y debilidad.

Otro factor está relacionado con los malentendidos acerca de la sexualidad femenina, por ejemplo la falsa creencia que cuando una mujer dice NO en realidad quiere decir SI y que entonces es válido ejercer algún tipo de violencia para lograr su aceptación en una relación sexual, cuando una mujer manifiesta claramente su rechazo a la relación, es menos probable que el hombre la agrede sexualmente.

Un factor de riesgo, sin duda importante, es el asociado con la primera cita, con un recién conocido, sobre todo cuando éstos tienen muy arraigados los roles sexuales tradicionales, o sea, el hombre tiene el rol activo y la mujer el rol pasivo. Se incrementa la probabilidad de que esta cita termine en violación al entender el hombre que ya ha pagado por relacionarse sexualmente con una mujer a la que le ha comprado algunos tragos de vino, interpreta que si la mujer acepta, se está haciendo un trato sexual.

Otro factor de riesgo se refiere a lo que piensan las mujeres cuando el intento se presenta. Cuando la preocupación principal durante el ataque es el no ser asesinadas o mutiladas, es más frecuente que sean violadas que cuando la preocupación principal es precisamente no

ser violadas. Esto se explica por el temor a la muerte o a la mutilación, provocando un intercambio entre ceder a la violación a cambio de su vida. En cambio cuando las mujeres piensan que no deberían ser violadas, se aumenta la probabilidad de escape.

Cuando la mujer utiliza como única estrategia de escape las súplicas y el llanto, es más probable que sea violada, que cuando utiliza otras estrategias, como la resistencia física, gritar, forcejear. De tal manera que el llorar o suplicar, lejos de ser efectivo para evitar la violación, está significativamente asociado con incrementar el deseo de hacerlo.

Las características cognitivas dependen de las condiciones ideológicas y de los procesos educativos en donde se desarrollen las mujeres. Para poder entender el fenómeno de la violación necesitamos estudiar también al violador, estos estudios son sumamente difíciles de efectuar ya que la poca información que se tiene disponible es la que se extrae de los expedientes de violadores sentenciados con sus respectivas reservas, en primer lugar como sabemos, un gran número de violaciones no son denunciadas, por lo tanto no existe documentación al respecto, ni hay un seguimiento de los casos.

En el supuesto de que el violador sentenciado acepte ser partícipe de algún estudio, nadie nos garantiza la veracidad de sus afirmaciones, sin embargo, es necesario a pesar de todo esto, conocer sus motivaciones, sus características, físicas y psicológicas, antecedentes familiares y sociales, saber cómo escoge a sus víctimas y el porqué de su comportamiento, para poder crear una conciencia de prevención. Los violadores presentan excitación desviada, es decir, presentan mayor excitación ante situaciones de relación sexual que implican el uso de la fuerza y coerción, que en situaciones de relación sexual afectiva. Por lo regular presentan un bajo nivel escolar, provienen de familias numerosas en donde existe desintegración familiar y carencia de afecto, con modelos familiares agresivos, son maltratados desde la infancia, la mayoría de los violadores son hijos primogénitos, los violadores casados son maltratadores de la esposa y de los hijos. Son conservadores en términos de los roles sexuales tradicionales, presentan deficiencia en habilidades heterosexuales, tienen déficits en información sexual, inadecuado control de impulsos y una sexualidad muy activa.



1. Entrevista a una mujer víctima de violación sexual. (39)

a) Datos demográficos.

Fecha: 8 de marzo de 2003.

Nombre: Patricia.

Dirección: Col. Estrella, Municipio de Ecatepec, Estado de México.

Edad Cronológica: 26 años.

Edad Mental: 12 años.

Lugar de nacimiento: Distrito Federal.

Escolaridad: 3°. De primaria.

Estado Civil: Soltera.

Ocupación: Hogar.

Motivos por los que dejó el estudio: Incapacidad mental.

Otros: Acude a una escuela de capacitación especial, tres veces por semana.

Con quién vive: Madre viuda de 45 años de edad, pensionada por viudez.

Hermano de 28 años de edad quien ayuda económicamente y hermana de 17 años de edad que estudia la preparatoria.

b) Datos físicos.

Estatura: 1.65 mts.

Peso: 60 Kgs.

(39) La entrevista por razones obvias, se realizó a la madre y a la doctora que atiende a la víctima. El formato del cuestionario fue elaborado por la profesora Patricia Valladares para el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas. PIAV. ENEP Iztacala.

Complexión: Medio robusta.

Usa anteojos: No.

Señas particulares: Leve estrabismo.

Incapacidad física: Déficit de coordinación psicomotriz. Evaluada hace dos años, con crisis convulsivas atendidas por psicólogo, psiquiatra y pediatra.

Retraso en el desarrollo: Físico, no. Mental, sí.

Aspecto físico: Bonita.

c) Datos económicos.

Ingreso familiar: \$3,000.00 mensuales.

Ocupación del padre: (finado)

Ocupación de la madre: desempleada.

Ocupación del hermano: capturista.

d) Datos del ataque.

Fecha: 15 de noviembre de 2002.

Hora: 19 hrs.

Lugar: Hotel.

Municipio: Ecatepec de Morelos. Estado de México.

Tiempo transcurrido desde el ataque hasta que solicitó ayuda: 1 mes.

Durante cuánto tiempo ocurrió el ataque: 1 día (se desconoce cuántas horas)

Tipo de ataque: violación sexual con maltrato y actos libidinosos.

Tipo de relación sexual: genital, oral, anal.

Uso de violencia física; moderada, laceración en labios genitales internos.

Uso de violencia moral: grave. Uso de amenazas: moderada. Uso de armas: No.

Uso de intimidación: moderada. Uso de engaño: Sí, abuso de confianza.

Uso de seducción: Sí, violencia verbal. Uso de pornografía; Sí, películas pornográficas.

Uso de alcohol o drogas: No.

e) Datos del atacante.

Conocía al atacante: Sí, vecino. Cuánto tiempo de conocerlo: 6 años.

Resultó dañado el atacante: No. Se conoce la ropa del atacante al momento del delito: No.

Complexión: robusto medio. Automóvil: Sí. Edad aproximada: 22 años.

Podría identificarlo: Sí. Podría situarlo: No. Escolaridad: Universitario.

Ocupación: Estudiante. Señas particulares: No

Describe la forma del ataque: La víctima refiere haber acompañado a su hermana a un centro comercial junto con otras amigas, ella deseaba regresar a su casa pronto pero su hermana y las amigas, no. Encuentran al vecino quien amablemente ofrece llevarla hasta su casa, mientras las amigas y la hermana se divierten otro rato. La hermana no teniendo sospecha alguna del vecino, accede .Pero el vecino no se dirige hacia la casa de la chica, sino al hotel en donde ocurren los hechos.

Tipo de violencia utilizada: Uso de armas, no.

Uso de presión moral: Sí. Uso de violencia verbal: Sí

Cómo se comportaba el violador: Agresivo sádico.

f) Datos de la víctima durante el ataque.

Cómo vestía el día del ataque: Ropa interior de algodón, pantalón de mezclilla y blusa.

Era su primera relación: Sí.

Que hizo usted ante el ataque: Se paralizó y obedeció. Qué dijo usted ante el ataque: se quejó.

Qué sintió y que pensó durante el ataque: Sintió dolor y se desconoce lo que pensó por tener una edad mental de doce años.

g) Datos posteriores al ataque.

Qué hizo después del ataque: Llegó a casa (el violador la dejó cerca de su casa al día siguiente y se dio a la fuga) se encerró y varias horas después le contó a su mamá lo ocurrido, repite constantemente lo ocurrido varias veces al día durante casi todos los días, la madre decide levantar un acta después de tres días del suceso.

h) Evaluación de las secuelas postviolación.

Nivel conductual.- Desde que le sucedió el ataque ha notado cambios en los hábitos del sueño, ahora duerme menos horas y las pocas que duerme son con pesadillas.

Hábitos alimenticios: Más apetito.

Consumo de tabaco: No. Consumo de alcohol: No.

Uso de drogas o medicinas: Anticonvulsivante (fenilhidantina) la misma dosis.

Hábitos de esparcimiento: Se encierra más tiempo en su habitación, no sale a la calle sola.

Dependencia al radio o a la televisión: Pasa más tiempo viendo la televisión.

Cambió de teléfono por el ataque: No. Cambio de residencia por el ataque: No.

Intentos suicidas: No. Componente afectivo: Intranquila y temerosa.

Miedo a salir en la noche: Miedo a ser violada: Sí Miedo a los hombres: Sí

Miedo a lugares abiertos: No. Sentir que la siguen: No. Sentimientos de inseguridad: Sí

Hostilidad hacia los hombres; Sí. Sentimientos de enojo: Sí

Sentimientos de venganza: No

i) Nivel somático.

Se le hizo perfil de abuso sexual, diagnosticando infección vaginal por tricomona, posibilidad de candida albicans y gardenella vaginalis. Presenta infecciones genitourinarias, dolores genitales, trastornos intestinales insomnio, dolores de estómago y dolores abdominales, ha tenido una ganancia de peso y su grado de afectación en el nivel somático es moderado. Actualmente está recibiendo atención médica. Continúa tomando anticonvulsivos, se encuentra tensa en grado entre 7 y 8. Se le dio tratamiento anticonceptivo por vía oral.

## CAPÍTULO V. SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL ESTADO DE MÉXICO.

### A. Legislación actual sobre el aborto en el Estado de México.

Respecto al Código Penal del Estado de México en relación al aborto, señala:

Artículo 250. Al que provoque la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo intrauterino, se le impondrán de 3 a 8 años de prisión y de 50 a 400 días de multa.

Si se obra sin el consentimiento de la mujer embarazada, se impondrán de 1 a 5 años de prisión y de 30 a 200 días de multa, si se obra con el consentimiento de la mujer de 3 a 8 años de prisión y de 50 a 300 días de multa, si se emplea violencia física o moral de 1 a 3 años, si la mujer da consentimiento para ocultar, de 2 a 6 años de prisión.

Artículo 251. No es punible la muerte dada al producto de la concepción cuando aquella es resultado de una acción culposa de la mujer embarazada.

Cuando el embarazo sea resultado del delito de violación.

Cuando de no provocarse corra peligro de muerte.

Cuando a juicio de los médicos existan pruebas suficientes para diagnosticar que el producto sufre alteraciones genéticas o congénitas, que puedan dar como resultado el nacimiento de un ser de trastornos físicos o mentales, siempre y cuando se cuente con el consentimiento de la madre.

La iniciativa de reforma que envió el exgobernador del Estado de México Arturo Montiel en mayo del 2000, a la Legislatura LIII para reformar el Código Penal a efecto de repenalizar el aborto cuando el producto presente malformaciones genéticas o congénitas fue resultado de la presión que ejercieron sobre éste, grupos conservadores de la Iglesia católica y del mismo Partido Acción Nacional, según el líder perredista en el Congreso

mexiquense Javier Salinas Narváez, quien agregó que aunque los diputados panistas estaban de acuerdo en que se realizara la reforma, se formó una mayoría que acordó no tocar el tema, pues no era pertinente en ese momento y se requería de una amplia consulta ciudadana, además de que los trabajos de la legislatura terminarían el 5 de septiembre.

Para reparar su error, el gobernador declaró que se estudiaba la posibilidad de enviar a la próxima legislatura una iniciativa para crear la figura del plebiscito y así la sociedad sea la que decida como debe tratarse el tema del aborto.

## B. Derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos deben ser prioritarios en los debates relacionados con la calidad de vida, la responsabilidad individual y la libertad de conciencia. La defensa de los derechos reproductivos nos lleva al reconocimiento del principio central de la libertad y la igualdad: una libertad de decisión y una equidad en el acceso a la información y los servicios médicos.

Por eso los derechos reproductivos son considerados como derechos democráticos, ya que surgen de la libertad de decisión. El argumento de la justicia social a favor de los derechos reproductivos se basa en un acceso igual a servicios de salud de calidad, en la reducción de la mortalidad materna e infantil y en la disminución del embarazo adolescente no deseado, de tal manera que plantea la necesidad de que los servicios de salud proporcionen la interrupción del embarazo de manera segura y legal.

El surgimiento de una mentalidad más abierta se relaciona con el cambio social en el que las aspiraciones de modernidad desempeñan un papel determinante. Los actuales desafíos de desarrollo en México hacen urgente el reconocimiento jurídico del derecho de las mujeres a decidir en cuestiones relacionadas con sus propios cuerpos.

En 1979 se llevó a cabo la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación y que derivó en la primera carta de los derechos humanos de las mujeres. En 1994 se realizó la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y ahí se plasmaron nuevamente los derechos humanos de las mujeres que consisten en: derechos penales, sexuales y reproductivos, familiares, laborales y políticos, a continuación se describen los derechos sexuales y reproductivos que gran parte de la población femenina desconoce y que para muchas instituciones políticas y de salud a pesar de conocerlos, son ignorados.

- a) Elegir libremente a tu pareja.
- b) Decidir libremente el número de hijos que quieras tener.
- c) Decidir libremente cuando tener relaciones sexuales.
- d) A no ser forzada por tu pareja a tener relaciones sexuales que te degraden o humillen.
- e) Ejercer tu sexualidad con placer y libre de riesgos de contagio.
- f) La libre expresión de tu orientación sexual y no ser discriminada por ello.
- g) Una educación sexual libre de prejuicios, tabúes y mentiras que nos permitan prevenir infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA.
- h) Una educación integral que promueva el disfrute de la sexualidad sin culpa, sin pena, sin miedo y sin pensar únicamente en la reproducción.
- i) Saber cómo prevenir los embarazos no deseados.
- j) Que las instituciones públicas te den orientación y acceso a los diferentes métodos de control natal para decidir con libertad e información.



- k) Que las instituciones de salud pública repartan condones femeninos y masculinos de manera gratuita.
- l) A la interrupción legal del embarazo.
- m) A denunciar cualquier forma de maltrato o abuso sexual.
- n) Denunciar a cualquier integrante de tu familia que te maltrate de forma física, emocional y/o sexual.
  
- o) Recibir atención respetuosa por parte de los funcionarios de las agencias del Ministerio Público, médicos, trabajadoras sociales, policías o peritos.
  
- p) Recibir servicios integrales de justicia que incluyan tratamiento especializado, si eres víctima de algún delito.
- q) Si necesitas atención médica, la persona que te atienda sea de tu mismo sexo.
- r) Recibir asesoría jurídica del Ministerio Público.
- s) A no ser prejuzgada por los servidores públicos de procuración y administración de justicia, por tu apariencia o cultura.
- t) A poner una queja ante la Mesa de Responsabilidades de los Servidores Públicos o ante la Comisión de Derechos Humanos, si algún servidor público viola tus derechos.

### C. Características del aborto en el Estado de México.

En la actualidad no se cuenta con estimaciones del aborto inducido que puedan ser consideradas confiables y que den cuenta de la dimensión del problema, los únicos datos conocidos con cierta precisión son el número de mujeres atendidas por aborto en los hospitales (se incluyen en la misma lista abortos inducidos y espontáneos, sin distinción). Sin embargo, es posible estimar las tasas resultantes entre las mujeres en edad reproductiva.

Existen diversos esquemas de estimación para calcular abortos inducidos, entre ellos:

1. Cuota fija. Se calcula que ocurre un aborto por cada diez nacimientos y se restan los practicados en condiciones autorizadas.
2. Entrevistas a mujeres primíparas o multíparas por parte del personal que atiende partos o que brinda servicios de planificación familiar. Por experiencia de subregistro universal se aumenta al menos 50% de lo reportado.
3. La técnica de la respuesta al azar. En esta se hace una pregunta sobre la práctica de un aborto en el año y otra pregunta cualquiera. Las respuestas posibles son “sí” o “no”. Pero el entrevistador no identifica a la mujer entrevistada, sólo puede registrar la respuesta, con lo que se cuida la confidencialidad de la informante. Este método permite corregir el subregistro, pero tiene el inconveniente de requerir una muestra muy grande.

En 1990 se atendieron por aborto en unidades médicas 101,559 mujeres a nivel nacional. En el Estado de México en este mismo año la cifra fue de 9,336. Ya para el año 1995 la cifra nacional se incrementó a 153,455, mientras que en el Estado de México aumentaba a 16,900. Y como último dato, tenemos que en el año 2000 a nivel nacional, abortaron 153,004 mujeres y en el Estado de México la cifra bajó un poco a 16,179 abortos. (40)

(40) Secretaría de Salubridad y Asistencia. Boletines de Información estadística 1989-2000.

Estas cifras sólo representan alguna aproximación a la realidad ya que no todos los casos son atendidos en hospitales, a menos que haya complicaciones las mujeres acuden a los centros de salud para recibir atención.

Las tasas de aborto por cada 1000 mujeres en edad fértil fueron en 1990 de 4.8% a nivel nacional y de 3.6% en el Estado de México, en 1995 aumentó a 6.3% a nivel nacional, mientras que en el Estado de México aumentó a 5.7, para finalizar en 1999 la tasa nacional fue de 5.7% y en el Estado de México 4.4%. Todas estas cifras son las “oficiales” según el profesor Alfonso Mejía quien es catedrático de la Universidad Autónoma del Estado de México y quien realizó un estudio donde fue necesario contar con la tasa global de abortos para la estimación del número absoluto de abortos y se necesitó del número de mujeres según grupos quinquenales de edad de entre 15 a 49 años y el número de nacimientos de las mismas edades.

Con la tasa global de abortos y la información de mujeres en edad fértil obtenida de las encuestas nacionales, fue entonces posible determinar el número de abortos. La estimación de abortos para el Estado de México con la información disponible más cercana que fue la de 1997 y la población femenina correspondiente fue de casi 57 mil abortos inducidos en la entidad, cifra realmente alarmante. El profesor Mejía concluye que el aborto crece en las sociedades que se modernizan o dicho de otra manera, el aborto avanza en su transición demográfica. (41) Los organismos internacionales y las instituciones prestadoras de servicios relacionan el uso correcto de métodos anticonceptivos con una disminución del aborto inducido, sin embargo existe una segunda postura que supone un cambio poblacional donde no existe una relación directa entre porcentaje de uso de métodos anticonceptivos e incidencia de abortos, tal vez, en ocasiones se pueda señalar una asociación de indicadores. Esta corriente no establece una causalidad directa. Por último existe una tercera propuesta que supone, que si bien el mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos disminuirá la incidencia del aborto a largo plazo, la incidencia del aborto

(41) Mejía, Modesto Alfonso. La evolución del aborto en el Estado de México. 2004.

continuará y de hecho aumentará en sociedades donde existe una precaria salud reproductiva y la inequidad de género persiste, como en la sociedad de México, por ejemplo.

El Consejo Nacional de Población registra 110 mil abortos inducidos al año en México, El Instituto Gutmacher afirma que son 500 mil, mientras que el Dr. Raúl López García, del Instituto de Perinatología asegura que son 850 mil al año en México con lo cual coincide el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. A pesar de la disparidad entre una fuente y otra, la conclusión es la misma, la cifra es alarmante tanto en la República Mexicana, como en el Estado de México.

## CAPÍTULO VI. SITUACIÓN DEL ABORTO EN EL MUNICIPIO DE ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO.

### A. Características físicas y socioeconómicas del municipio de Ecatepec. Edo. de México.

Para poder tratar el tema del aborto en este municipio, es necesario primero conocer algunas de las características físicas, económicas y sociales de Ecatepec de Morelos, mismas que relato de manera breve.

La palabra Ecatepec procede del náhuatl y significa *En el cerro del viento*, se denomina “de Morelos” en honor al prócer de la Independencia, José María Morelos y Pavón, quien fue juzgado y fusilado por tribunales civiles y eclesiásticos en este municipio, quedando como Ecatepec de Morelos por decreto de la Legislatura del Estado de México el 1º de octubre de 1877.

El municipio de Ecatepec de Morelos está formado por el antiguo pueblo de San Cristobal Ecatepec, declarado ciudad desde 1980 y 8 pueblos más, cuyos nombres prehispánicos se combinaron con la lengua castellana, quedando como los conocemos actualmente: San Pedro Xalostoc (lugar de cuevas de arena), Sta. Clara Coatitla (donde abundan las serpientes), Sta. María Tulpetlac (lugar de los petates de tule), Santa María Chiconautla (lugar del nueve), Santo Tomás Chiconautla (lugar del nueve), Guadalupe Victoria, constituido pueblo en 1934, San Isidro Atlauhtenco (a la orilla del barranco), erigido como pueblo en 2003, San Andrés de la Cañada, constituido pueblo en el 2006.

Limita al norte con el municipio de Tecámac; al sur con el municipio de Nezahualcóyotl y el Distrito Federal; al oriente con los municipios de Acolman, Atenco y Texcoco y al poniente con Coacalco, Tlalnepantla y el Distrito Federal.

El espacio físico que ocupa este municipio se localiza en el norte del Estado de México y también al norte del Valle de México, con una extensión de 186.9 kilómetros cuadrados. Ecatepec se encuentra a una altitud que varía entre los 2 200 y 2 600 metros sobre el nivel del mar.

Según el último censo del INEGI en el año 2005, Ecatepec de Morelos cuenta con una población de 1,688,258 habitantes, de los cuales 824,808 son mujeres, Sin embargo, la estimación de acuerdo a indicadores municipales y a los datos sobre el desarrollo de nuevos asentamientos de densidad, el municipio rebasa los tres millones de habitantes.

Esta zona, carece en su totalidad de ríos, a excepción del Gran Canal del Desague que proviene del Distrito Federal y que cruza todo el municipio. Cuenta con un clima templado, subhúmedo con lluvias en verano, con una temperatura media anual de 13.8 oC hasta 30 oC. De la precipitación pluvial podemos decir que el promedio anual es de 584 mm, de acuerdo con los datos proporcionados por el Observatorio Meteorológico Nacional de Tacubaya.

En lo que se refiere al aspecto demográfico, la mayoría de la población es urbana, quedando sólo una pequeña parte de población rural, su tasa de crecimiento anual entre 1990 y 1995 fue de 3.22 % se considera que en los próximos años se mantendrá esta tendencia debido a que existen factores que la propician, como son las obras de infraestructura construidas por los gobiernos federal, estatal y municipal, la cercanía al Distrito Federal, donde la mayoría tiene sus fuentes de trabajo, así como la construcción de numerosas zonas habitacionales, además de los asentamientos irregulares que han surgido en este municipio.

En cuestión de salubridad, el municipio cuenta con infraestructura en el Sector Salud de 59 clínicas del IMSS, ISSSTE, DIF, ISSEMYM y de la Cruz Roja. El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con clínica hospital, tres clínicas “B”, tres puestos de fábrica. Los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, tienen centros de salud tipo “A”, cuatro unidades; centros de salud tipo “C”, tres unidades; unidades asistenciales, ocho unidades. El Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, tiene un comité municipal, dividido en cinco subcomités, dos estancias infantiles y un servicio médico.

Existen por parte del IMSS, el Hospital General de Zona No. 76 en el kilómetro 12.5 de la carretera México Pachuca, en Xalostoc; el Hospital General de Zona No. 68 en el kilómetro 19.5, carretera México Pachuca en Tulpetlac; por parte del ISEM, el Hospital General Ecatepec “José María Rodríguez” en la calle Leona Vicario No. 109, Valle de Anáhuac; la Cruz Roja Ecatepec, ubicada en Boulevard Insurgentes s/n, Ecatepec; clínica del ISSSTE No. 2 en la cabecera municipal y en Cerro Gordo, vía Morelos; Hospital ISSEMYM No. 1 en Tulpetlac. El ISSSTE no cuenta con hospitales en el municipio de Ecatepec. Las enfermedades que mayormente padece la población son del aparato respiratorio (bronquitis, neumonías) y del aparato digestivo (salmonelosis y cólera). Debido al avance de la ciencia se ha logrado aumentar el promedio de vida de los habitantes de este municipio a 70 años, sin embargo las principales causas de muerte son las cardiopatías generadas por la situación del medio urbano, neumonías, partos mal atendidos, abortos y enfermedades como alcoholismo y drogadicción. Entre las causas sociales de defunción, se encuentra la violencia urbana, otros motivos de mortalidad general, según la Oficina Regional del ISEM, son los siguientes:

-Enteritis y otras enfermedades diarreicas	27%
-Neumonía	18
-Bronquitis	8
-Del corazón	3
-Accidentes	4
-Tumores malignos	4
-Cirrosis hepática	4
-Sarampión	3
-Tuberculosis	2
-Otras causas	27

Según el Boletín Epidemiológico del año 2004 que presenta la morbilidad por municipio, en Ecatepec, las infecciones respiratorias agudas quedaron en primer lugar con 270,196 casos. Las infecciones en vías urinarias quedaron en segundo lugar con 50,577 casos y las infecciones intestinales ocuparon el tercer lugar con 40,926 casos.

El índice de mortalidad general, por cada 1000 habitantes: seis personas. El índice de mortalidad infantil, por cada 1000 niños nacidos vivos: tres infantes. El índice de natalidad, por cada 1000 habitantes: 18 personas. En lo que respecta a la cuestión educativa Ecatepec cuenta entre su población de 15 años y más con un total de alfabetas de 757,134 de los cuales 356,599 son hombres y 360,214 son mujeres (según indicadores básicos para la planeación regional de 1997).

Existe un 98% de la población con religión católica.

En cuanto a la administración pública, el municipio de Ecatepec pertenece al Distrito Judicial de Tlalnepantla, el ayuntamiento está integrado actualmente por el presidente municipal, tres síndicos procuradores, 19 regidores y el secretario municipal.

Se tiene una amplia organización económica pues el 44.8% de la población cuenta con empleo, de este total, el 68.8 corresponde a la participación de los hombres y el 22% a las mujeres. Esto traducido a cifras nos da, que tomando en cuenta a la población de 12 años y más, el municipio de Ecatepec cuenta con un total de 848,957 personas, de las cuales se tiene una población económicamente activa (PEA) distribuida de la siguiente manera: ocupados: 367,801; desocupados 12,549. La población económicamente inactiva es de 453,870 y una población no especificada, la conforman 14,737 (42). De la población ocupada, en el sector primario están empleadas 1,693 personas; sector secundario, 146,334; sector terciario, 206,650 y no especificado 13,124 (43).

(42) Gobierno del Estado de México. Indicadores básicos para la planeación regional, 1997.

(43) MUÑOZ, López Leonardo. Monografía Municipal Ecatepec de Morelos. 112 pp. Instituto Mexiquense de Cultura. 1998.



Uno de cada seis mexiquenses habita en Ecatepec de Morelos, en su cabecera municipal, en sus 8 pueblos, en sus 207 colonias, en sus 99 fraccionamientos, en sus 6 ejidos, en sus 2 rancherías y en sus 11 barrios, esto conforma toda una ciudad, en donde conviven personas con las más diversas costumbres, valores y formas de expresión, porque la inmigración ha sido una constante desde hace cinco décadas a medida que la industrialización se fue incrementando. Este fenómeno migratorio ha causado un gran hacinamiento urbano con sus respectivas consecuencias de contaminación de aire, del agua, falta de servicios, contaminación auditiva, delincuencia, las construcciones irregulares que han invadido la mayoría de los cerros, el exceso de fábricas y en suma un deterioro ambiental generalizado.

Todavía en 1950 se decía que Ecatepec era la provincia más cercana al norte del Distrito Federal, sólo los separaba lo que antes era el caudaloso río de Los Remedios hoy convertido lamentablemente en caudal de aguas negras, se cruzaba de un punto a otro por un puente negro. Actualmente la llamada mancha urbana se ha extendido cubriendo todo lo que algún día fue campo.

De las mujeres con que cuenta Ecatepec 242,668 tienen entre 0 y 14 años; y 518,406 están entre 15 y 64 años de edad, estos datos nos arrojan una cifra elevada de mujeres en edad fértil y por consiguiente muchas de ellas tendrán embarazos no deseados por infinidad de circunstancias.

Muchas de estas mujeres habrán de recurrir al aborto y en su gran mayoría no acudirán a centros de salud, por este motivo las cifras que se manejan son sólo un pequeño acercamiento al enorme problema que existe en el municipio de Ecatepec, el más poblado del Estado de México, superando a Netzahualcóyotl, Toluca, Naucalpan y Tlalnepantla.

El problema de la clandestinidad no permite obviamente obtener datos verídicos, ni mucho menos estadísticas de mortalidad por su misma naturaleza, sin embargo es necesario abordar este tema para que exista una apertura de diálogo, de información y de concientización al respecto.

Hablar del aborto es necesario pues no se trata de un problema aislado, sabemos que existen miles de mujeres en México que han tenido que recurrir a él. Cualquier mujer fértil puede llegar a embarazarse contra su voluntad debido a muchas circunstancias, por eso es necesario contar con información amplia y seria para formarnos nuestro propio criterio sobre él, de esta manera podremos tomar decisiones responsables en el momento necesario.

B.¿Existe en realidad la penalización del aborto en el municipio de Ecatepec?

En investigaciones realizadas en los Ministerios Públicos de Ecatepec y San Agustín, los secretarios de ambas dependencias coincidieron en que existe el delito por aborto por diversas razones según el Código Penal del Estado de México, pero que éste no se persigue de oficio, ya que muy difícilmente los familiares levantarían una denuncia en contra de su propio familiar y que en la mayoría de los casos hasta los familiares más cercanos ignoran la situación.

Ahora, cuando la pareja está de acuerdo en el aborto, el único tercero en estar enterado es el médico que lo practica y obviamente que no denunciaría tal hecho a las autoridades. Sólo cuando existe el delito de lesiones, en donde por lo regular es el esposo quien golpea a la mujer y le causa el aborto, si no hay familiares cercanos que levanten el acta correspondiente ante el Ministerio Público el delito quedará impune y el esposo estará libre, mientras que la esposa posiblemente se recuperará en cualquier centro de salud.

En una entrevista con el Dr. Alfaro, Jefe de Enseñanza del Hospital José María Rodríguez, me comentó que en diez años que tiene laborando para dicho hospital, jamás ha recibido ningún oficio en donde se gire la orden de aborto en caso de violación, de hecho en este hospital se atiende sin restricción alguna y sin interrogatorios hostiles a cualquier mujer que llegue con un aborto en proceso o con graves secuelas después de un aborto. Incluso en los expedientes de las pacientes se omite especificar si el aborto es espontáneo o inducido, sólo se concretan a dar un diagnóstico y a prescribir el tratamiento a seguir, así como la evolución de la paciente y finalmente el alta correspondiente.

De tal manera que podemos concluir que no existe una coordinación entre el Ministerio Público y el Sector Salud para llevar a cabo el aborto legal por medio de un oficio en donde quede especificado bajo qué circunstancias se realizaría, en el mejor de los casos y si la denuncia se realiza a tiempo y en las condiciones requeridas (sin ducha vaginal, sin cambio de ropa, etc.) con algo de suerte se le proporcionará a la mujer la pastilla del día después.

Así que, el aborto en el municipio de Ecatepec de Morelos, Estado de México, así como en otros muchos estados de nuestro país, no se castiga a pesar de que las leyes digan lo contrario (excepción de violación, peligro de muerte para la madre, que el aborto sea accidental o que el producto sufra alteraciones genéticas o congénitas).

### C. Encuestas de opinión pública sobre el aborto en Ecatepec.

Para conocer la opinión de las mujeres de Ecatepec, fueron entrevistadas cien de ellas en mayo de 2006, posteriormente se tomó una nueva muestra de otras cien mujeres en el mes de junio de 2006 en el centro de este municipio. Sus edades varían entre 15 y 63 años, con una escolaridad desde primaria hasta licenciatura, en el 95% decidieron limitarse a dar su opinión sin comprometerse a que ellas hubieran tenido este problema, sólo el 5% declaró haber tenido alguna vez uno o varios abortos. Se elaboró un cuestionario de diez preguntas sobre las diversas situaciones en que podría encontrarse la mujer para tomar la decisión de abortar, cabe señalar que algunas mujeres que fueron entrevistadas y que iban acompañadas de sus parejas, esperaban hasta que el hombre contestaba para después dar “su opinión” que curiosamente siempre coincidía con la de él, quedando de la siguiente manera:

1. ¿Está de acuerdo en el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro?  
32% NO                                  68% SI
2. ¿Cuando está en riesgo la salud de la mujer?  
31% NO                                  69% SI
3. ¿Cuando el embarazo es resultado de una violación?  
30% NO                                  68% SI                                  2% NO SE
4. ¿Cuando se sabe que el hijo tendrá defectos físicos y/o mentales?  
47% NO                                  52% SI                                  1% NO SE
5. ¿Cuando la mujer es menor de edad?  
80% NO                                  19% SI                                  1% NO SE
6. ¿Cuando la mujer así lo decide?  
79% NO                                  19% SI                                  2% NO SE

7. ¿Por falta de recursos económicos?

81% NO

18% SI

1% NO SE

8. ¿Cuando la mujer es madre soltera?

93% NO

7% SI

9. ¿Cuando falló el método anticonceptivo?

87% NO

13% SI

10. ¿Cuando el embarazo es resultado de una inseminación artificial no consentida?

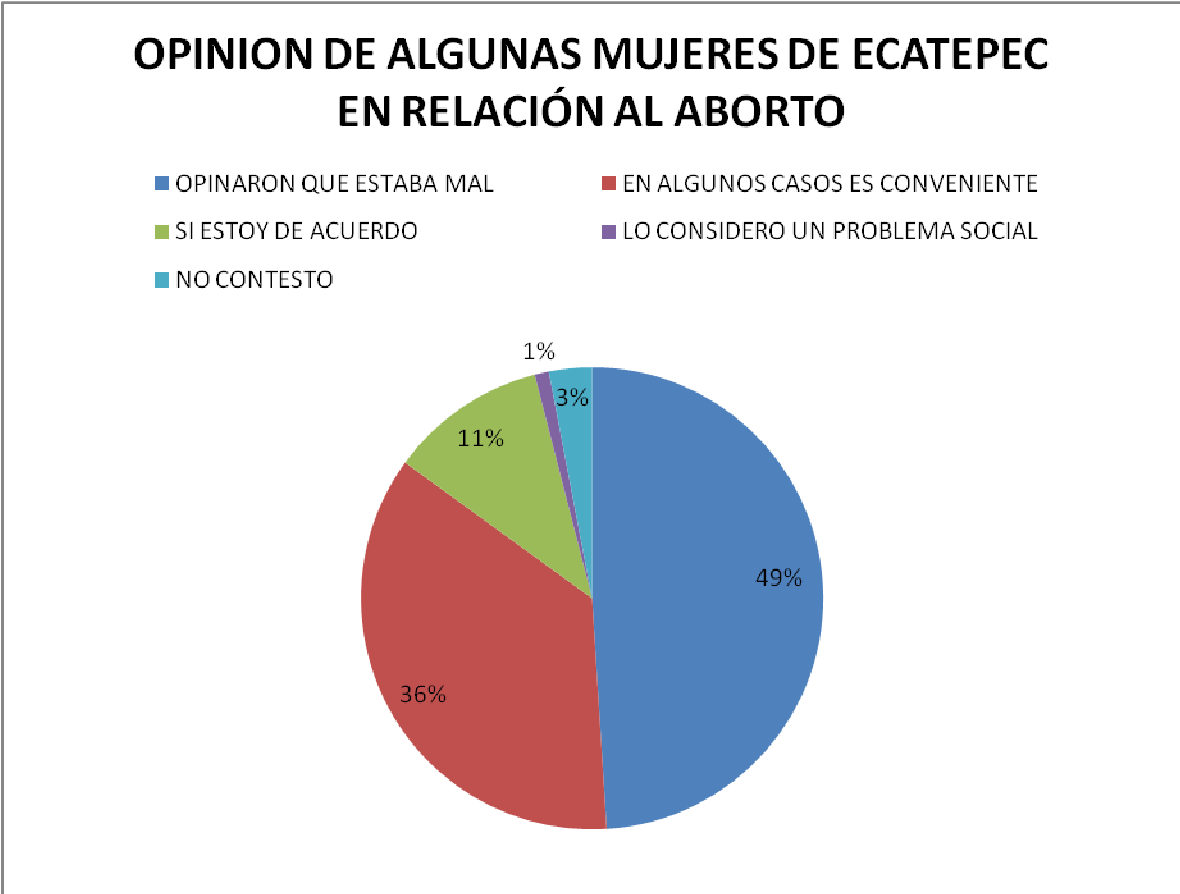
55% NO

43% SI

2% NO SE

Nota: La pregunta número diez no fue comprendida por la mayoría de las entrevistadas hasta que se les dio una breve explicación.

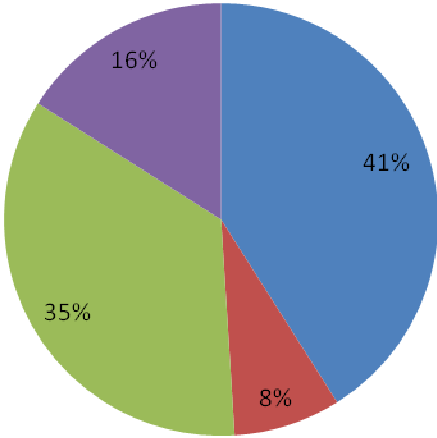
En la segunda encuesta de opinión a cien mujeres que viven en el municipio de Ecatepec con relación al aborto, ésta arrojó los siguientes datos:



También se les preguntó si sabían bajo qué circunstancias estaba permitido abortar legalmente en el Estado de México y las respuestas fueron las siguientes:

### OPINIÓN SOBRE LAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE ESTÁ PERMITIDO ABORTAR EN EL ESTADO DE MÉXICO

- NO SÉ
- SI SÉ
- POR VIOLACIÓN
- RIESGO DE SALUD EN LA MADRE, MALFORMACIONES O VIOLACIÓN





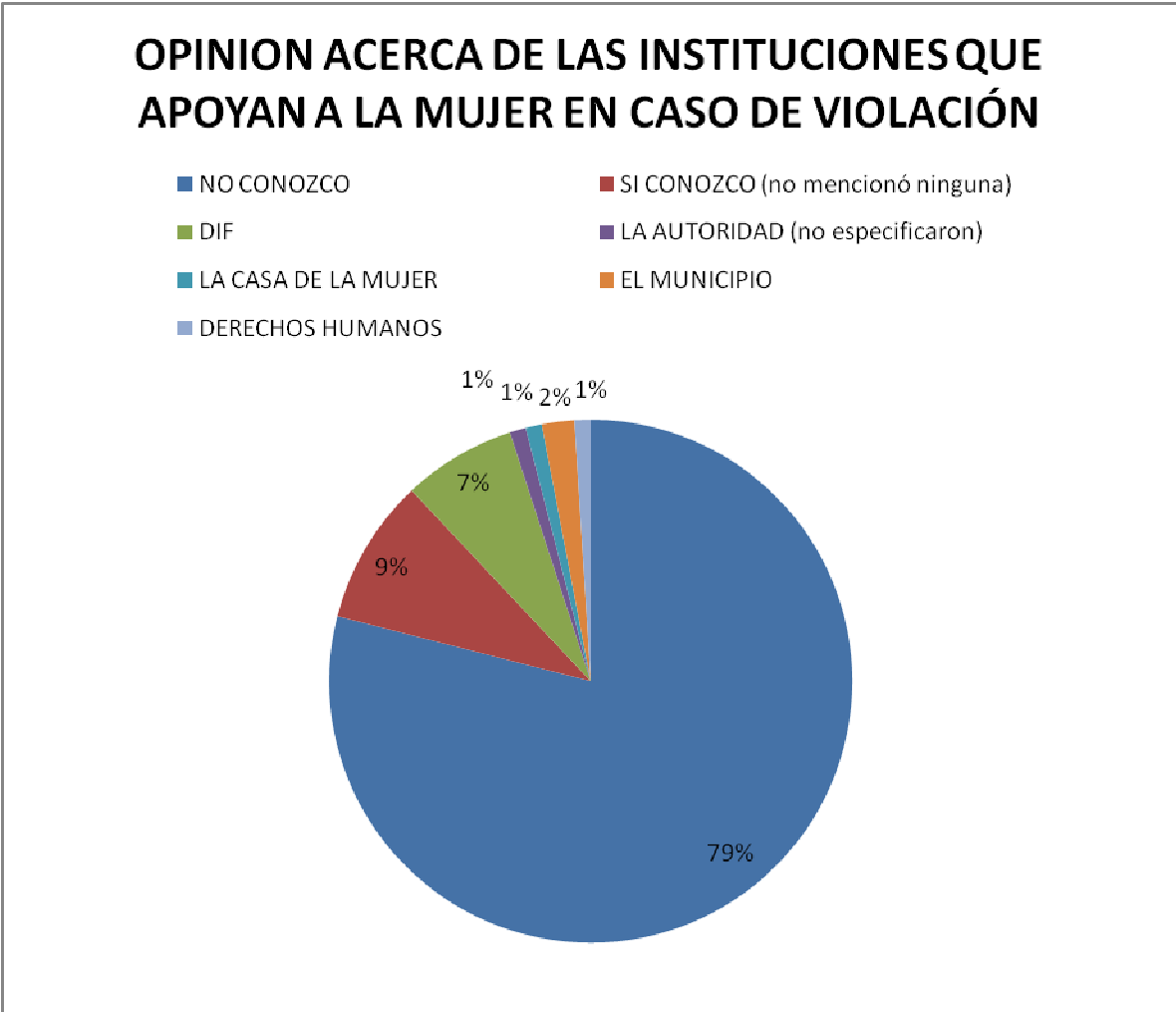
Cuando se les preguntó si conocían algún lugar donde se practicaban abortos clandestinos, contestaron:



Se les preguntó si conocían los riesgos de un aborto clandestino, a lo cual contestaron:



Se les cuestionó acerca de si conocían alguna institución que apoyara a la mujer en caso de violación en este municipio de Ecatepec, contestando lo siguiente:

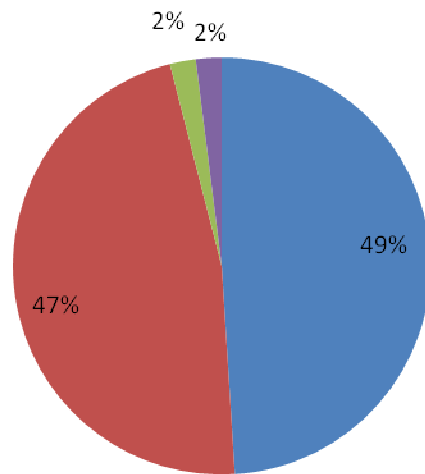


Nota: Nadie mencionó al Ministerio Público que es la primera instancia a la cual se acudiría en caso de violación, tanto para levantar el acta correspondiente, como para la evaluación de un médico legista, recibir el apoyo en anticoncepción y ayuda psicológica.

Al preguntarles si conocían algún método anticonceptivo, contestaron:

### OPINIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES DE ECATEPEC

- SÍ CONOZCO: CONDÓN, DIAFRAGMA, INYECCIONES, PASTILLAS
- SÍ CONOZCO (no mencionaron ninguno)
- OPERACIÓN (salpingoclasia)
- NO CONOZCO NINGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO



Por último se les preguntó si conocían a alguna mujer que hubiera abortado (sólo aborto inducido) y las respuestas quedaron de la siguiente manera:



Es importante que observemos estas cifras para darnos cuenta que existe una falta de conocimiento por gran parte de las mujeres de Ecatepec, en cuanto a la legislación, las instituciones y los riesgos en torno al aborto inducido, esta ignorancia se debe a dos factores primordiales: Aunque la mayoría de las instituciones de salud cuenta con la información, no siempre existe el personal para transmitirla y el más importante, la falta de interés por parte de las mujeres. Estos factores pueden desencadenar embarazos no deseados y muchos de éstos a su interrupción, con los graves riesgos que esto implica.

D. El aborto, perspectiva de las protagonistas.

CINCO ENTREVISTAS A MUJERES QUE HAN ABORTADO EN EL MUNICIPIO DE ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO.

De las cien mujeres entrevistadas en el municipio de Ecatepec fueron seleccionadas cinco que se mostraron cooperativas y abiertas al diálogo, dispuestas a que su experiencia fuera conocida, pero guardando el anonimato. Se muestran a continuación los datos recabados.

CASO No. 1

EDAD: 52 años.

ESCOLARIDAD: Secundaria.

ESTADO CIVIL: Casada.

OCUPACIÓN: Hogar.

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: 16 años.

A PARTIR DEL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES ¿USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? ¿CUÁL? : El dispositivo, pero me ocasionó muchos problemas, después la pastilla, pero subí mucho de peso y como padezco de la presión me la quitaron, ahora mi esposo usa el condón porque nunca quiso operarse.

¿CUÁNTOS ABORTOS HAS TENIDO? Dos.

¿CUÁNTOS PARTOS? Cinco.

EDAD A LA QUE TUVISTE LOS ABORTOS: A los 16 años y a los 45 años.

MOTIVO POR EL CUAL DECIDISTE ABORTAR: La primera vez porque yo era el sostén económico de mi familia, mi papá se había quedado sin trabajo y yo como era la hija mayor, después de mí seguían otros tres hermanitos. La segunda vez nos falló el condón y con cinco hijos y la edad que yo tenía, preferí no tenerlo.

FUE EN CLÍNICA DEL SECTOR SALUD, PARTICULAR, OTROS: La primera vez, mi novio, que ahora es mi esposo, me llevó con un doctor y como tenía mes y medio de embarazo no costó tanto trabajo el legrado. La segunda vez fue con una vecina que es enfermera y como tenía un mes de embarazo me dio unas pastillas para que me las tomara y otras para que me las pusiera y estuve rete mala como tres días, con harto sangrado, pero ya después me fui sintiendo mejor.

¿CÓMO FUE LA ATENCIÓN QUE RECIBISTE EN ESTE LUGAR? Buena.

¿TUVO ALGÚN COSTO? ¿CUÁNTO?: De la primera vez ya ni me acuerdo, pero no salió tan caro. De la segunda vez me cobraron \$500.00 y yo pagué las medicinas.

¿TUVISTE ALGUNA CONSECUENCIA EN TU SALUD DESPUÉS DEL ABORTO? Ninguna.

¿TUVISTE APOYO PSICOLÓGICO DESPUÉS DEL ABORTO? No, ni siquiera hubiera sabido a donde ir a pedir apoyo.

DESPUÉS DEL ÚLTIMO ABORTO ¿UTILIZAS CON REGULARIDAD ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? Pues el condón y mi calendario.

CASO No. 2

EDAD: 29 años. ESCOLARIDAD: Licenciatura en Derecho.

ESTADO CIVIL: Soltera. EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES:

19 años. OCUPACIÓN: Abogada.

A PARTIR DEL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES ¿USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? ¿CUÁL? : El condón y algunas ocasiones la pastilla del día después.

¿CUÁNTOS ABORTOS HAS TENIDO? Uno.

¿CUÁNTOS PARTOS? Ninguno.

EDAD A LA QUE TUVISTE EL ABORTO: A los 19 años.

MOTIVO POR EL CUAL DECIDISTE ABORTAR: Primero porque no quería dejar mi carrera y segundo porque mi pareja no era libre.

FUE EN CLÍNICA DEL SECTOR SALUD, PARTICULAR, OTROS: Particular.

¿CÓMO FUÉ LA ATENCIÓN QUE RECIBISTE EN ESTE LUGAR? Muy buena.

¿TUVO ALGÚN COSTO? ¿CUÁNTO?: \$5,500.00

¿TUVISTE ALGUNA CONSECUENCIA EN TU SALUD DESPUÉS DEL ABORTO? No. ¿TUVISTE APOYO PSICOLÓGICO DESPUÉS DEL ABORTO? No.

DESPUÉS DEL ABORTO ¿UTILIZAS CON REGULARIDAD ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? El condón.

CASO No. 3

EDAD: 36 años. ESCOLARIDAD: La normal de maestros. ESTADO CIVIL: Soltera.

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES: 21 años.

OCUPACIÓN: Maestra.

A PARTIR DEL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES ¿USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? ¿CUÁL? No. ¿CUÁNTOS ABORTOS HAS TENIDO? Uno. ¿CUÁNTOS PARTOS? Uno. EDAD A LA QUE TUVISTE EL ABORTO: 25 años.

MOTIVO POR EL CUAL DECIDISTE ABORTAR: Porque soy madre soltera y ya no puedo mantener otro hijo más.

FUE EN CLÍNICA DEL SECTOR SALUD, PARTICULAR, OTROS: Particular



¿CÓMO FUÉ LA ATENCIÓN QUE RECIBISTE EN ESTE LUGAR? Regular.

¿TUVO ALGÚN COSTO? ¿CUÁNTO? Ya no me acuerdo.

¿TUVISTE ALGUNA CONSECUENCIA EN TU SALUD DESPUÉS DEL ABORTO?

Sí, tuve hemorragias muy fuertes y hasta calentura me dio porque ya tenía una infección que después me tuvo que controlar otro médico.

¿TUVISTE APOYO PSICOLÓGICO DESPUÉS DEL ABORTO? No.

DESPUÉS DEL ABORTO ¿UTILIZAS CON REGULARIDAD ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? No, porque ya no tengo pareja.

CASO No. 4

EDAD: 41 años. ESCOLARIDAD: 2º. Secundaria. ESTADO CIVIL: Unión libre.

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES: 15 años.

OCUPACIÓN: Encargada en una fotografía.

A PARTIR DEL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES ¿USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? ¿CUÁL? Al principio cuando yo era muy joven ni sabía nada de los métodos anticonceptivos por eso luego luego me embaracé, pero mi mamá quiso que yo abortara. Después ya no tuve relaciones hasta que me junté con el que ahora es mi pareja cuando tenía 22 años. Yo usé la inyección, después de mis dos hijos mejor me operé.

¿CUÁNTOS ABORTOS HAS TENIDO? Nomás uno y eso porque mi mamá quiso, sino yo si hubiera tenido al niño.

¿CUÁNTOS PARTOS? Dos. EDAD A LA QUE TUVISTE EL ABORTO: 15 años.

MOTIVO POR EL CUAL DECIDISTE ABORTAR: Yo no lo decidí, yo era muy chica y mi mamá me obligó.

¿FUE EN CLÍNICA DEL SECTOR SALUD, PARTICULAR, OTROS? Particular.

¿CÓMO FUÉ LA ATENCIÓN QUE RECIBISTE EN ESTE LUGAR? Mala, era un lugar muy oscuro, sucio y el doctor o el que se decía doctor me trató mal, primero me regañó y luego se burló de mí.

¿TUVO ALGÚN COSTO? ¿CUÁNTO? Yo nunca supe de eso.

¿TUVISTE ALGUNA CONSECUENCIA EN TU SALUD DESPUÉS DEL ABORTO?

Pues yo no sé si sería por el aborto, pero después de eso varias veces me desmayé en la escuela, yo creo que fue por tanta sangre que perdí. Ya por eso mejor no regresé a la escuela y no terminé el 3° de secundaria.

¿TUVISTE APOYO PSICOLÓGICO DESPUÉS DEL ABORTO? No, ni mi mamá ni yo volvimos a hablar de eso.

DESPUÉS DEL ABORTO ¿UTILIZAS CON REGULARIDAD ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? Ya me operé para no tener más hijos.

CASO No. 5

EDAD: 49 años. ESCOLARIDAD: Primaria. ESTADO CIVIL: Casada.

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES: 17 años.

OCUPACIÓN: Hogar.

A PARTIR DEL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES ¿USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? ¿CUÁL? Cuando me fui con mi primer novio no use ningún método anticonceptivo y me dejó con dos criaturas. Ya después me casé y tuve otros dos hijos y me puse el dispositivo, pero como tuve molestias con tantos años de usarlo mejor me lo quité y como ya tenía los síntomas de la menopausia creí que ya no iba a salir embarazada, pero me equivoqué.

¿CUÁNTOS ABORTOS HAS TENIDO? Uno. ¿CUÁNTOS PARTOS? Cuatro.

EDAD A LA QUE TUVISTE EL ABORTO: 48 años.

MOTIVO POR EL CUAL DECIDISTE ABORTAR: Porque tengo cuatro hijos y porque me dijo un doctor que como yo ya era grande el niño podía venir con retraso mental, además por la cuestión económica.

FUE EN CLÍNICA DEL SECTOR SALUD, PARTICULAR, OTROS: Particular.

¿CÓMO FUE LA ATENCIÓN QUE RECIBISTE EN ESTE LUGAR? Regular.

¿TUVO ALGÚN COSTO? ¿CUÁNTO? No sé.

¿TUVISTE ALGUNA CONSECUENCIA EN TU SALUD DESPUÉS DEL ABORTO?  
No

¿TUVISTE APOYO PSICOLÓGICO DESPUÉS DEL ABORTO? No, porque no tenemos dinero para eso.

DESPUÉS DEL ABORTO ¿UTILIZAS CON REGULARIDAD ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? Ya no quiero usar nada porque todo lo que nos dan a las mujeres nos causa muchas molestias y de por sí ya tengo muchas con la menopausia. Ni mi marido se quiere operar y ni le gusta usar condón, así que nomás me cuido con el ritmo.

## CONCLUSIONES.

La dimensión de la problemática del aborto inducido en nuestro país, tanto por sus cifras como por sus características es grande y compleja, se extiende en todos los ámbitos llegando a diferentes estratos sociales, a diversos niveles de educación en distintas etapas de la vida de la mujer, pero con un punto de coincidencia en todas ellas, la necesidad de interrumpir el embarazo.

El aborto inducido continúa siendo un tema que no se quiere tratar abiertamente ni por las estructuras políticas, ni por las instituciones religiosas, la sociedad misma se reserva su opinión, las mujeres sienten temor al rechazo social, los políticos temen adoptar una posición liberal o conservadora que los lleve a perder simpatizantes, aunque uno de los propósitos sea la reducción del crecimiento demográfico, sea por medio de esterilización a las mujeres, aún sin su consentimiento o evadiendo el problema del aborto, ya que existiendo la tolerancia se resuelve una parte del problema demográfico. Mientras que la Iglesia juzga y condena pero no aprueba ni siquiera el uso del condón.

Tanto la Iglesia como algunos partidos políticos y algunas asociaciones, presionan a las autoridades gubernamentales para que se lleven a cabo reformas o se deroguen algunas de éstas, como es el caso del Estado de México en mayo de 2000 cuando se le pidió a Arturo Montiel reformar el Código Penal a efecto de repenalizar el aborto cuando el producto presente malformaciones genéticas o congénitas.

De la misma manera se presionó al que fuera gobernador de Guanajuato en el año 2000 Ramón Martín Huerta para exigirle que no fuera derogada la ley estatal que penaliza el aborto aún en casos de violación. Actualmente grupos de derecha del Distrito Federal están impugnando la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) recién aprobada en 2007.

La penalización del aborto nos da un marco de ilegalidad de la cual se deriva el abuso, la corrupción, la marginación y el riesgo de perder la vida. Los abortos mal practicados e ilegales son la causa de que mueran aproximadamente 500 mujeres diariamente en el mundo, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de estas muertes se pudieron evitar.

En México se ha hecho un esfuerzo para dar a conocer los principales métodos anticonceptivos en las instituciones de salud, pero entre conocerlos y hacer uso de ellos existe una gran distancia. La Secretaría de Salud apenas en julio de 2005 incorporó la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE) al cuadro básico de medicamentos, es decir que este anticonceptivo deberá estar al alcance de las mujeres usuarias de servicios de salud (aún sin tener este servicio y en caso de emergencia, la mujer puede adquirir esta pastilla por \$50.00 aproximadamente en cualquier farmacia, siempre y cuando no se ingiera con periodicidad ya que pierde efectividad con el uso continuo). El uso de anticonceptivos facilita el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y muy especialmente de las mujeres víctimas de violencia sexual, quienes así podrán interrumpir los embarazos no deseados. Los métodos anticonceptivos separan los actos reproductivos de los actos sexuales, se tiene más libertad sexual dentro del noviazgo, más libertad sexual dentro del matrimonio, se utilizan también para retrasar la edad del matrimonio, para distanciar la llegada entre un hijo y otro y se alarga la etapa de la adolescencia.

La decisión de interrumpir un embarazo puede ser una decisión justificada por diversas razones: económicas, de salud, por violencia intrafamiliar, etc., pero la continuidad o no del embarazo es un acto esencialmente privado en cuya decisión no debe intervenir ninguna institución, asociación, ni el Estado, la decisión es sólo de la mujer o en su caso de la pareja. Sin embargo, existe una gran diferencia en la atención que reciben las mujeres que cuentan con recursos económicos y las que no. Las primeras tienen una atención sin riesgos, mientras que las segundas acuden a lugares insalubres con personal inexperto, esto

puede derivar en maltrato emocional y físico, perforaciones de matriz, infecciones y hasta en la muerte. En México el aborto ocupa el cuarto lugar como causa de mortalidad materna.

La antropóloga y dirigente del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) Marta Lamas nos da a conocer la diferencia estadística de mortalidad entre mujeres que se hacen un aborto en un país donde el aborto es legal y en uno donde no lo es:

Aborto legal: 1 muerte por cada 100,000 abortos.

Aborto ilegal: 1000 muertes por cada 100,000 abortos.

Por eso en América Latina las complicaciones derivadas del aborto ilegal son la causa principal de muerte de mujeres entre los 15 y 39 años de edad.

La mortalidad materna se relaciona con el embarazo, la interrupción de éste, el parto y el puerperio, que es el período comprendido desde el parto hasta el retorno de la menstruación, aproximadamente seis semanas. La muerte materna constituye un verdadero problema ya que deja en la orfandad a los hijos, la posible desintegración familiar, una elevada mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado laboral, cuando en la mayoría de los casos la muerte pudo evitarse.

Los resultados confirmaron mi hipótesis aunque no de manera directa. La resistencia de las mujeres a hablar sobre el aborto es por temor al qué dirán los demás sobre su moral religiosa y su conducta sexual. Sin embargo, casi todas ellas usan métodos anticonceptivos que como sabemos, su uso está prohibido por la iglesia católica, esto implicaría también una desobediencia a las normas religiosas, a pesar de todo las mujeres lo hacen. Esto nos habla de que el tema del aborto apenas empieza a penetrar en la conciencia femenina como un derecho y no como pecado que merece castigo, esto lo vemos claramente en el pensamiento de algunas entrevistadas.

Por todo lo anterior podemos afirmar que el aborto es un paso que la mujer no quiere dar, para ella es el último recurso cuando no tiene otra alternativa. Si lo deseable es que no haya abortos inducidos en la medida de lo posible podríamos empezar por una planificación familiar integral, que incluya educación sexual, disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos que propicien la paternidad responsable. La educación del personal médico, no sólo en educación sexual y anticoncepción sino en la ética profesional que deben a las pacientes para tener una relación de respeto y comprensión. Por último una legislación acorde con nuestra realidad, existen leyes muy antiguas y aún están vigentes aunque totalmente obsoletas, sería recomendable la homologación del Código Penal para todo el país ya que la punibilidad del aborto es variable según la entidad, estas formas legales son absurdas ya que si alguien quiere abortar donde está prohibido, se puede ir a donde esté permitido y así resuelve su problema. Muchas de las instituciones de apoyo a la mujer en el Estado de México carecen de un programa estratégico en donde realmente se informe, se asesore y se fomente la educación. El Instituto de la Mujer en Ecatepec carece de la infraestructura que debería beneficiar a la comunidad femenina con educación para adultos, talleres de sexualidad, apoyo psicológico, asesoría jurídica, etc. Su aportación a la educación consiste en dar clases de belleza, cocina y algunas otras labores manuales. Como este lugar hay cientos en el Estado de México y en el país, que existen gracias a un presupuesto que se desperdicia. Estas políticas gubernamentales están diseñadas para enaltecer la labor de los dirigentes aunque éstos sean unos ignorantes de la realidad de su municipio. Como podemos observar la ignorancia es un factor determinante para estas mujeres que quedan expuestas a embarazos no deseados y por ende serán muchas de ellas protagonistas de abortos clandestinos que en algunos casos terminarán con sus vidas. Las mujeres se han liberado en algunos aspectos de la ideología religiosa, sin embargo, el peso social es aún muy importante para ellas, si bien es cierto que se han abierto a muchos de los planteamientos de las feministas sobre el control de sus cuerpos, sobre su sexualidad y sobre su maternidad, todavía falta mucho para llegar a comprender la estructura de la sujeción y dominación que pesa sobre ellas.

Por todo esto, considero que la labor emprendida por las feministas en el sentido de que la mujer debe ser libre para tomar la decisión que mejor le convenga, es algo que requiere más información y difusión, las propuestas para que se unifiquen los códigos penales de todos los estados a este respecto y en general la despenalización y la legalización del aborto, están sumergidas en una total falta de interés por parte de nuestros legisladores a nivel federal.

Cuando me propuse realizar esta investigación en el municipio de Ecatepec, lo hice pensando en que este municipio es el más poblado de todo el Estado de México, ahora sé que también es uno de los más poblados del país, sólo superado de manera mínima por Tijuana y Guadalajara. Por sus características geográficas, sociales, políticas y económicas es muy importante para el país, ya que Ecatepec puede ser idóneo para hacer diferentes políticas sociales que más tarde se pueden aplicar en otro municipio, estado o al país entero. A nivel internacional su población es similar a la de Trinidad y Tobago, sólo que con un territorio mucho más pequeño.

Lamentablemente no fue fácil obtener la información, por ejemplo las instituciones de salud ponen una barrera para que la información no esté accesible, se quieren minimizar los problemas de salud y no se quiere “perder el tiempo” en dar explicaciones, con esta perspectiva burocrática y apática difícilmente se pueden solucionar los problemas que venimos arrastrando desde hace muchos años.

El problema del aborto tiene múltiples visiones, aquí sólo me concreté a dar una pequeña visión de lo que consideré más importante en el aspecto social y de salud. Debemos hacer todo lo posible para evitar el aborto inducido, pero si éste fuera necesario la decisión de la mujer es la única que debe prevalecer ante cualquier instancia.



## BIBLIOGRAFÍA.

ABORTION Review Birth Control Trust. Gran Bretaña. Invierno 1998. Núm.70.

ACOSTA, Mariclaire y otros. *El aborto en México*. Fondo de Cultura Económica.

Archivo del Fondo No. 57. México 1976.

AGENDA Afirmativa Vol. 2 No. 13 jul-ago 2000. Aborto y Legislación en el Distrito Federal: Ampliación de derechos para las mujeres y nuevos retos.

AGUAYO, Quezada Sergio. *El Almanaque Mexicano*. Editorial Grijalbo. Agosto 2000.

AGUILAR, Gil José Angel, Botello Lonngi Luis y Aumack Yee Kimberly. “La salud sexual, juntos planeamos el futuro”. Secretaría de Salud. 2002.

AGUIRRE, Alonso Ana Elena. *La Psicología. Ayuda terapéutica para superar los traumas ocasionados por un ataque sexual*. (Psicología). Tesis: T-4974 1993.

BALBOA, Juan y Homero Campa (reporteros). “*Patrocinio no pudo con la Iglesia*” en *Revista Proceso* No. 740, pp. 16-19.

BARBABOSA, Kubli y otros. *El aborto un enfoque multidisciplinario*. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM. 1980.

BARREDA, Luis. “Coincidencia de expertos: El derecho inoperante para evitar el aborto” En *Revista Proceso* No. 740 pp. 20-25.

BARTRA, Eli. (comp.) *Debates en torno a una metodología feminista*. PUEG.UNAM.UAM. 2ª. Edición 2002.

CÁZARES, Hernández Laura. *Técnicas actuales de investigación documental*. 3ª. Edición. México. Trillas. UAM-1990.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). Programa Nacional de Población 2001-2006. México 2001.

CONSUELO, Hernández Javier y otros. *“Aborto ... un paso a la vida o a la muerte”*

Tesis No. T-5936 Ciencias de la comunicación. UNAM 1992.

CORTÉS, Chávez José Antonio. Diez principales causas del embarazo de alto riesgo en el Hospital General de Zona No. 1 de la Ciudad de Colima. Año 2004. Tesis de Medicina Familiar.

DALSACE, Jean. *Por y contra el aborto*. Granica Editor, 1971. Biblioteca de México.

DE BARBIERI, Teresita. *Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos*

*Distintos*, en Revista Mexicana de Sociología No. 1, Vol. 62, enero-marzo-2000.

DE BARBIERI, Teresita. Acerca de las propuestas metodológicas feministas. P.103-133 en Debates en torno a una metodología feminista. Eli Batra (comp.) Programa Universitario de Estudios de Género. PUEG.UNAM.UAM. 2ª. Edición. 2002.

DECLARACIÓN de Roma sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. La Religión cuenta. Enero 1999.

DE DIOS, Vallejo Delia Selene. Sociología de género. UNAM. 1ª. Edición 2004. UNAM. FCPYS. Centro de Estudios Sociológicos.

DESNUDARSE (Revista) No. 8, junio 2000. Aborto por violación. Más allá de Paulina.

DIARIO Oficial de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Martes 7 de febrero, 1984.

ELU, Ma. Del Carmen y Luis Leñero Otero. De carne y hueso, Estudios sociales sobre Género y Reproducción. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. 1992.

FEM Revista. La violencia en casa. Año II No. 54 Junio 1987.

GACETA Oficial del Distrito Federal, 24 de agosto de 2000. Órgano del Gobierno del Distrito Federal. Décima época. No. 148. Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

GIDDENS, Anthony. Sociología. Alianza Universitaria Textos. Alianza Editorial.

GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.) Puntos sobre violación y aborto por violación. GIRE agosto 2000.

GIRE (Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.) Del aborto se dicen muchas cosas. México 1999.

GONZALEZ, de León Aguirre, Deyanira. El aborto en México. UAMX. México 2002.

HALL, Robert (compilador). *El aborto en un mundo cambiante*. 1970.

HERRASTI, Alicia. Aborto, Eutanasia y suicidio asistido. Sociedad E.V.C. 2ª. Ed. 2001.

HERRASTI, Alicia. El Aborto. Sociedad E.V.C. 10ª. Ed. 2001.

HERRASTI, Alicia. Algunos mitos y realidades sobre el aborto. Sociedad E.V.C. 2ª.Ed.2003.

HERRERO, Zacarías. *El aborto, los obispos se pronuncian*. Conferencias episcopales. Editorial Estudio Agustiniiano. 1986. Biblioteca Central UNAM.

HUME, Maggie. La evolución de un código terrenal. La anticoncepción en la doctrina católica. Católicas por el derecho a decidir. 3ª. Edición. México 1997.

HURST, Jane. La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica, lo que no fue contado. Católicas por el Derecho a Decidir. 5ª. Edición. 2002. México.

INSTITUTO ALAN GUTTMACHER. Aborto clandestino. Una realidad latinoamericana. Nueva York. Año 1994.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID).México 1997. P.62

KISSLING, Frances. El vaticano y las políticas de salud reproductiva. Catholics for a free choice. Londres, Reino unido. 1996.

LAMAS, Marta. Políticas y Reproducción. Aborto, la frontera del derecho a decidir. Plaza y Janés.

LAMAS, Marta y Sharon Bisell. Aborto y Política en México: “El contexto lo es todo” Biblioteca GIRE.

LAMAS, Martha. La disputa por el aborto en América Latina. Revista Nexos No. 349/2007

LIMA, María L. Memorias del primer foro sobre delitos sexuales. Editado por la cámara de diputados. México 1990.

LINES, Montserrat. Libre elección o fecundidad controlada. Referencias bibliográficas 1968-1982. Instituto Nacional de Antropología e Historia. 1989.

LOPEZ, García Raúl. El aborto como problema de salud pública. En María del Carmen Elú y Ana Langer, Maternidad sin riesgos en México. IMES. México 1994.

MAYNES, Puente Samuel. “*Abortar*” en revista Proceso No. 587.

MEJIA, Modesto Alfonso. La evolución del aborto en el Estado de México. 2004.

MORA, Bravo Miguel. *El derecho a la planificación familiar. Marco Jurídico.*

CONAPO. México.

MUÑOZ, López Leonardo. Monografía Municipal Ecatepec de Morelos. 122 pp. Instituto Mexiquense de Cultura, 1ª. Edición 1998.

NAVARRO, Cecilia. Paulina: La derecha impune. Revista Mujer/Fempres, junio 2000 No. 223. Biblioteca GIRE.

NAVARRO, Cecilia. Primera clínica legal para abortar. Revista Mujer/Fempres.

México 2000, No. 223. Biblioteca GIRE.

ORANDAY, Dávila María Stella. Profesora FCPyS-UNAM. *El derecho a la maternidad voluntaria libre y gratuita*, en Acta Sociológica 1991, Vol. IV, No. 1.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data. Ginebra 1998. P.13

ORTÍZ, Ortega Adriana. Editora. Razones y Pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate. Edamex, S.A. y The Population Council, Inc. 1994.

PARACHE, Reyes Ivonne. Acuerdos Internacionales a la Legislación Mexicana con Relación a la Violación de Mujeres. (Relaciones Internacionales). Tesis: T-4940 1993

PONCE, Armando (reportero). “*Somos capaces de cerrar una exposición...*” en revista Proceso No. 587 pp. 34, 36.

PONIATOWSKA, Elena. Las mil y una... (La herida de Paulina). Plaza y Janés Editores, México 2000.

PROGRAMA MUJER Y SALUD, (PROMSA), Secretaría de Salud. Violencia Familiar. México 2002.

ROBL, Greis Ingala. La violación sexual, consecuencia de la violencia social. (Sociología) Tesis: T-2575 Ej. 1 1982

RODRÍGUEZ, Ramírez Gabriela. ¿Cómo ves? El aborto. Dirección General de Divulgación de la Ciencia. UNAM. Junio 2004.

RUIZ, Rodríguez Virgilio. El aborto, aspectos: jurídico, antropológico y ético. Universidad Iberoamericana. Año 2002.

SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. Boletines de información y estadística. 1989-2000.

TAMAYO, Sergio. *La ciudadanía en el México de la transición: mujeres, derechos humanos y religión*, en Revista Mexicana de Sociología, Vol. 62, número 1. Enero-marzo, Año 2000. México, Distrito Federal. Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM.

TARACENA, Rosario. (coordinadora) *Miradas sobre el aborto*. GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. 2000.

TARACENA, Rosario. *Con la conciencia tranquila, guía para enfrentar un embarazo no deseado*. GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. 2001.

UBALDI, Garcete Norma (coordinadora). *De mujer a mujer: enfermeras y trabajadoras sociales ante los dilemas reproductivos*. GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. 2004.

VALDÉS, Margarita (comp.) *Controversias sobre el aborto*. FCE-UNAM-IIF.

VALLADARES, C. Patricia. *Manejo Terapéutico para personas violadas*. ENEP Iztacala. UNAM 1990.

VILA, Ma. Cristina. *Salud Reproductiva y Violencia hacia la Mujer*. Seminario Internacional sobre violencia doméstica y salud reproductiva. Nov. 28-30, 1994. COLMEX

WOLFENBERG, Scherz Lilly. *Cuerpo de Mujer, campo de batalla*. Editorial Plaza y Valdéz. 2ª. Edición 2002. P.259.

SITIOS DE INTERNET CONSULTADOS.

[www.popcouncil.org/faqs/abortion.htm/](http://www.popcouncil.org/faqs/abortion.htm/)

[www.inmujeres.gob.mx](http://www.inmujeres.gob.mx)

[www.ctv.es/users/sexpol/sexualidadycristianismo.h.t.m](http://www.ctv.es/users/sexpol/sexualidadycristianismo.h.t.m)

[www.ilustrados.com/publicaciones/EEKyyyZFAppAUFUFcb.php](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEKyyyZFAppAUFUFcb.php)

<http://es.wikipedia.org/wiki/anticonceptivo>

[www.monografias.com/trabajos15/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos.shtm](http://www.monografias.com/trabajos15/metodos-anticonceptivos/metodos-anticonceptivos.shtm)

[www.centauro.cmq.edu.mx:8080/libertades/boletín/paginas2%20htm/números.htm-52k](http://www centauro.cmq.edu.mx:8080/libertades/boletín/paginas2%20htm/números.htm-52k)

[www.convencion.org.uy](http://www.convencion.org.uy)

<http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/INTERRUPCIONEMBARAZO.pdf>